TRATTATO DELLE MALATTIE MENTALI

EUGENIO TANZI
Professore ordinario nel R. Istituto di Studî Superiori di Firenze

TRATTATO

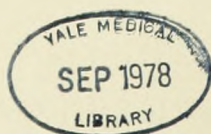
DELLE

MALATTIE MENTALI

Con 139 figure nel testo

1905

SOCIETÀ EDITRICE LIBRARIA

MILANO - Via Kramer, 4 A - Galleria De Cristoforis, 54

PREFAZIONE

Lo studio delle malattie mentali è un obbligo scolastico, in Italia, per chi vuol conseguire la laurea di medico; è un'ovvia necessità per quei medici che si prefiggono la carriera dei manicomî; è un'arma d'offesa, nei tribunali, pei difensori; è un'arma di difesa per gli accusatori. Tutta questa gente, che milita nelle file degli alienisti o fa scorribande professionali al loro fianco senza l'impulso d'una vocazione speciale, ha bisogno di conoscere il vero stato della psichiatria, e non di più: le applicazioni utili, le nozioni accertate, i criterî pratici, spogli di ridondanze e di millanteria. Sono professionisti e dilettanti professionali di psichiatria ai quali si deve esporre non un'enciclopedia slegata di perturbazioni mentali, di rarità patologiche, di elenchi bibliografici, di notizie storiche, di curiosità psicologiche, di preziosità anatomiche, ma un insieme organico, semplice e veritiero di quadri clinici che siano ben distinti l'uno dall'altro, che abbiano la loro ragion d'essere in una distinzione superiore alle parvenze sintomatiche, e che perciò conducano chi ne è istruito a regolarsi scientificamente nel governo e nel trattamento dei pazzi.

Ma vi è un'altra classe di studiosi pei quali la psichiatria è un punto di vista speculativo, talvolta il solo accessibile, per giudicare più alte cose. Questi alienisti d'elezione, e ve n'è anche fra i professionisti dei manicomi, dei tribunali, della stampa letteraria e politica, non domandano i procedimenti empirici da seguire di fronte agli alienati di mente, ma la soluzione dei problemi più ardui che affannino lo spirito umano: problemi biologici, antro-

pogenici, psicologici, etici, filosofici. La psichiatria che, come specialità pratica, è così modesta, diventa una scienza delle più aristocratiche, malgrado le sue deficienze attuali, per la posizione che occupa come branca della biologia. Sentinella avanzata della biologia nel campo della speculazione, essa ha le braccia corte, ma vede lontano; e se non vede molte cose, sono vastissimi gli orizzonti che abbraccia, gli ideali a cui mira e i suoi contatti con le scienze affini. Le nozioni d'anatomia, di citologia, di fisiologia, di psicologia, di patologia, di sociologia, che la scienza delle malattie mentali è costretta ad evocare, ad analizzare, ad agitare nei territorî contigui dello scibile per rischiarare il proprio, sono molte e tra le più svariate e tra le più importanti; e forse verrà il giorno che la psichiatria proietterà sulle scienze sorelle, moltiplicata, la luce che ne riceve.

Il libro che presento al pubblico si propone di rispecchiare con sobrietà, nelle debite proporzioni e senza intimi antagonismi le due tendenze che si nascondono nella psichiatria, la Marta e la Maria in cui essa si sdoppia, e che l'animano da una parte verso la pratica, dall'altra verso l'ideale. Ai pratici importa di sapere che cosa la psichiatria è; agli idealisti preme d'indagare che cosa diverrà. Agli uni occorrono i fatti, e tra i fatti soltanto i più sicuri, i più coordinabili, i più fertili d'utilità materiale. Agli altri interessano le ipotesi, la traiettoria della scienza che si forma, il suo passato, il suo avvenire. Ma, come dice Carlo Richet, i censori moderni sono indulgenti verso chi raccoglie senza critica i fatti e inconsapevolmente li altera, li esagera o li inventa; mentre sono implacabili verso chi lancia e naturalmente lascia indimostrate le proprie ipotesi, per quanto ragionevoli, utili e verosimili. Semplicisti della critica, prendendo il positivismo alla lettera, molti aristarchi delle Università sono trascinati, senza saperlo, a creder veri tutti i fatti e false tutte le ipotesi. Eppure, esistono fatti illusorî e ipotesi che si avverano. Sarebbe assai meglio se si fosse più severi nell'ammettere i fatti e meno precipitosi nello sprezzare le ipotesi.

Nei capitoli di psicopatologia generale non sono rifuggito da particolarità nuove ed antiche d'anatomia e di fisiologia, da ri-

chiami di psicologia, da induzioni d'anatomia patologica e dall'esposizione di congetture già note, ma tuttora discusse sul meccanismo del pensiero, che mettono capo ai principî fondamentali della biologia: da questo lato bisogna largheggiare. Nei capitoli, invece, che trattano di psicopatologia speciale, ho prescelto un indirizzo empirico e schivo da ogni sistematismo dottrinale: l'eredità, la degenerazione, i fattori biologici della pazzia, l'associazionismo, non vengono a sopraffare la clinica, che poggia sopratutto sull'osservazione diretta dei fatti più comuni e più evidenti. La psichiatria deve spiegare audacemente le ali quando vola nei domini delle scienze generali col patrimonio dei suoi principî e delle sue speranze; ma deve evitare ogni dispersione di forze ed usare ogni cautela quando percorre pedestramente il campo della clinica applicata.

Prof. Eugenio Tanzi.

INDICE DELLE MATERIE

CAPITOLO I. — **La sede dei processi psichici** . . . 1

Preliminari storici ivi

I limiti presenti del problema 7

I dati della fisiologia e dell'anatomia sperimentale . . 8

I dati dell'embriologia 13

I dati della patologia umana 19

I dati dell'anatomia normale 20

Gli indizi positivi in favore dei centri psichici . . . 28

CAPITOLO II. — **Le cause delle malattie mentali** . 32

Cause esterne 33

Cause somatiche . . . ivi

Cause psichiche 36

Cause sociali 45

Cause interne 47

Diatesi ivi

Degenerazioni psichiche 49

Eredità psichica . . . 52

CAPITOLO III. — **Il substrato anatomo-patologico delle malattie mentali** 57

I. Quadri macroscopici delle lesioni cortico-cerebrali . . . 60

A) Reperti terminali dei processi precoci 61

B) Reperti a focolaio e reperti diffusi degli adulti . . 65

II. Lesioni elementari della corteccia cerebrale e delle sue dipendenze 74

A) Lesioni delle cellule nervose ivi

1.° Processi acuti 75

2.° Processi subacuti 81

3.° Processi cronici 82

B) Lesioni delle fibre nervose 84

C) Lesioni della nevroglia 86

D) Lesioni dei vasi e delle meningi 87

III. Alterazioni extracorticali ed extracerebrali 90

CAPITOLO I.

La sede dei processi psichici

PRELIMINARI STORICI.

La psichiatria è ancora, più che altro, un'esposizione di sintomi. Sotto un'apparente ricchezza di quadri clinici, essa nasconde lacune ed incertezze che lasciano insoluti i suoi problemi più essenziali.

Non bisogna dimenticare che lo studio delle malattie mentali cominciò ad acquistare qualche continuità solo verso la fine del secolo XVIII. Fino a quell'epoca, i pregiudizi religiosi e filosofici, se permettevano di cercare, del resto con poca fortuna, la sede dell'anima nel corpo, comprimevano ogni altra tendenza che fosse contraria allo spiritualismo; e la vita della psichiatria, salvo i fugaci intervalli della civiltà greca e latina, fu un letargo prolungato, senza acquisti nuovi e senza nemmeno la memoria degli acquisti precedenti.

Lo stesso risveglio del secolo XVIII non procedette che in minima parte da cause scientifiche. Più che la maturità della medicina, fu una maggior sensibilità sociale che, imponendo la creazione dei manicomi, creò anche gli alienisti. Li creò, prima che fosse nata la psichiatria, appunto con l'ardua missione di farla nascere. Ma il risultato dei loro studi prematuri fu quello che doveva essere: una psichiatria puramente descrittiva. Tutta l'attenzione di questi osservatori volonterosi e impreparati fu assorbita dalle manifestazioni esterne di pazzia, che sovrabbondano nei discorsi e nella condotta degli alienati e che, essendo estremamente facili a cogliersi anche senza il sussidio d'alcun tecnicismo, potevano generare l'illusione d'una dottrina coordinata e florida dove non era che un'enumerazione prolissa di fenomeni superficiali.

I medici dei manicomi, abbandonati a sè stessi e non potendo contare su mezzi d'orientazione esterni, furono spinti ad abusare di questa facilità

Diametralmente contraria e trionfatrice sorse nel 1842 la teoria di FLOURENS, che pareva solidamente fondata sopra gli esperimenti di vivisezione: la corteccia cerebrale non ha che un'unica funzione, un lobo non è che la ripetizione dell'altro, ed una lesione isolata non determina la scomparsa d'una singola attitudine, ma una sottrazione quantitativa dell'intelligenza e nulla più. Con simili negazioni la psichiatria perdeva ogni speranza di poter contare, per la spiegazione dei sintomi psicopatici, anche sulle lesioni a focolaio; le afasie, le amnesie, le allucinazioni, le catatonie si sottraevano all'interpretazione anatomica, per lo meno in senso macroscopico. Tuttavia l'omogeneità macroscopica delle funzioni cerebrali, com'era intesa da FLOURENS, non precludeva necessariamente la possibilità d'un loro differenziamento microscopico nei diversi elementi o nei diversi strati della corteccia, che ancora non si conoscevano. Coi suoi esperimenti FLOURENS aveva diviso il cervello a brani, ma non a fette; e le disparità funzionali che non si scorgevano tra lobo e lobo o tra circonvoluzione e circonvoluzione avrebbero ancora potuto annidarsi benissimo fra strato e strato o fra cellula e cellula, indipendentemente dalla topografia macroscopica. È per altro evidente che, stando ai dati di FLOURENS, nessuna localizzazione psichica avrebbe mai potuto verificarsi con la vivisezione o con la sola scorta della patologia macroscopica.

E qui finisce il prologo storico delle discussioni sulla sede dell'anima, care ai teologi non meno che ai medici, per dar luogo alla fase contemporanea delle ricerche sperimentali che hanno fissato una volta per sempre la localizzazione dei processi psichici nella corteccia del cervello.

I LIMITI PRESENTI DEL PROBLEMA.

Nel 1862, suffragando in modo irrefutabile le osservazioni cliniche di Marco DAX, BROCA riusciva a dimostrare che una funzione squisitamente psichica come la parola era circoscritta fra confini poco appariscenti in un territorio abbastanza ristretto della corteccia cerebrale e da un lato solo. Si sarebbe dovuto inferirne che anche altre funzioni dell'intelligenza potessero localizzarsi analogamente in aree distinte dello stesso medesimo organo e che la teoria di FLOURENS fosse erronea. Ma la singolarità dell'eccezione, che riguarda una funzione privilegiata della specie umana, non incoraggiò il ritorno alle idee di GALL e non fu mai invocata a carico della regola generale.

Pochi anni dopo venne la volta delle localizzazioni sperimentali: FRITSCH e HITZIG scopersero intorno al solco crociato dei cani i centri motori (1870) e HITZIG localizzò nella corteccia occipitale i centri visivi (1874). Queste localizzazioni, sfuggite a FLOURENS, quantunque avesse operato sullo stesso animale da esperimento, il cane, costituirono il fatto nuovo che doveva provocare la revisione della teoria di FLOURENS.

Allo stato attuale degli studi clinici, anatomici e sperimentali, le questioni controverse sono specialmente due.

1. Esistono, nella corteccia del cervello, *funzioni puramente psichiche*

sottinio, dissipando incertezze generiche ed aumentando la precisione dei confini fra centro e centro. Ricerche analoghe su cervelli umani che avevano sofferto mutilazioni per trauma od operazioni chirurgiche hanno dimostrato, per opera di Lloyd e Deaver, Bartholow, Sciamanna, Nancrede e, più specialmente, di Horsley, che le localizzazioni stabilite nelle scimmie sono esattamente applicabili all'uomo.

In complesso, l'anatomia sperimentale tende a restringere i limiti dei centri sensitivi e più ancora (Monakow) dei motori, indicando da un lato delle località assai circoscritte di condensazione funzionale, dall'altro (per esclusione) delle larghe zone che non risentono alcun effetto nè dalla soppressione di organi sensoriali, nè dall'amputazione di membra o di organi motori. I centri motori, presentandosi come radici di proiezione centrifuga, non possono più considerarsi come semplici organi di sensibilità muscolare; e con questo cade la dottrina che abbiamo chiamato, per brevità, della *panestesia corticale*.

Di più, il riscontro dei rapporti fra cellule e fibre rinsaldisce e rende più incrollabile il concetto, già intuito dalla fisiologia, delle zone miste, ossia dell'intima vicinanza fra i gruppi cellulari che presiedono al movimento d'un dato organo periferico e quelli che ne ricevono gli stimoli sensibili.

I DATI DELL'EMBRIOLOGIA.

L'embriologia umana, interrogata col metodo di Flechsig, ha fatto conoscere che le funzioni di senso cominciano ad organizzarsi gradualmente e avanti a quelle di moto; dopo di entrambe si organizza una terza serie di organi corticali che si rendono maturi ad una funzione *x*, la quale non è certamente sensoria, nè motoria, e che si suppone *associativa*, ossia psichica.

Il metodo di Flechsig, suggerito per la prima volta da Meynert circa trent'anni fa, venne applicato con molto frutto nella clinica psichiatrica di Lipsia dal 1881 al 1884; e successivamente, con altrettanto frutto e raddoppiato interesse, dal 1893 in poi. Questo metodo consiste nel ricercare le prime traccie di mielinizzazione, che risultano qua e là con la reazione di Weigert, e nel registrarne esattamente le date iniziali. Il processo di mielinizzazione, che coincide con la maturità funzionale delle vie di trasmissione, si compie ad epoche diverse per ogni fascio: nel cervello emisferico comincia al 5.° mese della vita fetale, continua nel primo anno dopo la nascita, ed obbedisce ad una cronologia rigorosa, sia riguardo all'ordine con cui si mielinizzano i vari fasci, sia riguardo all'epoca assoluta che segna per ciascuno di essi il raggiungimento della maturità.

Per quanto si voglia mettere in dubbio che esistano centri specifici di memorie associati (pare che lo stesso FLECHSIG non vi presti gran fede), non ne viene la necessità di distruggere la parte sostanziale della dottrina. Rimane sempre indiscutibile da un canto l'esistenza di stazioni associative, dall'altro la natura specifica dei rapporti anatomici che le collegano ai centri conosciuti di proiezione, e dalla natura specifica dei rapporti anatomici è lecito indurre che nella sfera di quei rapporti si svolgano funzioni differenziate dell'intelligenza.

Si era mossa a FLECHSIG un'altra obiezione: che i centri associativi non sono totalmente privi di fibre proiettive. Ma FLECHSIG non tardò a convenirne, riconoscendo ch'essi sono poveri di queste fibre, non privi. Parimente è da notare che i centri sensitivi e motori sono, a loro volta, tutt'altro che sprovvisti di fibre associative, ed anzi contano più fibre associative che proiettive (MONAKOW). L'associazione è l'adattamento fondamentale per cui s'è sviluppato il cervello; tuttavia vi è sempre un netto distacco fra i centri di proiezione e quelli d'associazione, che ci preserva dalla possibilità di confonderli insieme.

Un'obiezione più grave è quella che si riferisce, in linea di fatto, all'ordine cronologico della mielogenesi. Certi fasci d'associazione sono assai precoci nel loro sviluppo embriologico e precedono i più tardivi tra i fasci di proiezione. Si può rispondere: questo fatto è un indizio dell'alto valore fisiologico che i fasci in parola, quantunque d'acquisto recente, hanno già raggiunto nella specie umana. È dimostrato che gli organi meno antichi nell'evoluzione filogenetica, quand'abbiano acquistato molta autonomia ed importanza fisiologica, anticipano sempre più la loro comparsa embrionale nell'individuo; e così si turba il parallelismo dell'ordine cronologico tra l'ontogenesi e la filogenesi. Un esempio di questa legge non abbastanza ricordata è appunto il cervello dell'uomo, che è già macroscopico ed ha aspetto umano o quasi umano, quando l'interno della corteccia presenta ancora una struttura embrionale. Un altro esempio è quello delle vescicole encefaliche, che, ultime arrivate nella filogenesi, raggiungono una massa imponente quando il nevrasse è appena abbozzato.

In ogni modo, per evitare gli equivoci, FLECHSIG precisò felicemente il criterio della propria classificazione; e mantenendosi negli stretti limiti dell'embriologia, divise le zone mielinizzate della corteccia in *primordiali*, *terminali* e *intermediarie* (fig. 2 e 3). Fra le primordiali non si trovano che centri di proiezione, fra le terminali non figurano che centri di associazione; ma fra le intermediarie sono rappresentati gli uni e gli altri, promiscuamente. In altre parole, solo nella categoria delle zone intermediarie la legge di corrispondenza tra la filogenesi e l'ontogenesi è leggermente alterata da un'altra legge: quella dell'affrettamento a beneficio dei centri preminenti.

Quanto alla corteccia cenestesica, essa presenta una maggior folla di cellule giganti non solo nello strato classico che prende il nome dalle grandi piramidi, ma anche in quello delle medie piramidi, che altrove non ne è molto ricco; e questa insolita ricchezza di cellule giganti in uno strato immediatamente sottoposto a quello così detto dei granuli, che è appunto il convegno principale delle fibre provenienti da altri centri, conferma ed accentua assai bene l'ufficio eminentemente associativo della regione.

Le differenze anatomiche fra le varie regioni sensoriali non costituiscono una particolarità dei mammiferi superiori, anzi esse sono così evidenti

Fig. 5. — Corteccia mediale di coniglio; sezione frontale un po' dietro al limite posteriore del corpo calloso. In b la corteccia ha caratteri differenti da quelli che presenta in c; il passaggio avviene rapidamente in a. All'esterno di d la corteccia assume un tipo ancora più differente e la transizione avviene nettamente in c. (Metodo di Nissl, ingrandimento [illegible]).

anche negli inferiori, che il passaggio da una zona all'altra si scorge con sicurezza a colpo d'occhio (fig. 5 e 6). A questo modo ogni grande regione corticale possiede, fino ad un certo punto, un'*individualità di struttura*. Se poi si considera la singolarità delle comunicazioni che uniscono anche i più minuti riparti della corteccia piuttosto con l'una che con l'altra di queste grandi regioni istologicamente differenziate, si vede spuntare, oltre all'individualità di struttura, una *individualità di posizione*, che non manca a nessuna delle circoscrizioni corticali finora designate come centri, e che basta, anche da sola, a conservare la specificità delle loro funzioni. L'anatomia normale parla dunque assai chiaramente per la *pluralità dei centri psichici*; dove la distinzione tra centro e centro non risulta da particolarità di disposizioni interne, essa nasce, per lo meno, dalla particolarità dei rapporti esterni.

Se le regioni psichiche presentano nel loro insieme un'individualità di

una determinata corrente nervosa, sono in grado, ciascuna dal canto proprio, di attirarla o di respingerla. A questo modo le grandi comunicazioni fra centro e centro, e più ancora le comunicazioni microscopiche fra cellule vicine, non diventano obbligatorie che parzialmente, momentaneamente e col favore di certe condizioni fisiologiche. In teoria, il processo psichico potrebbe espandersi senza limiti dovunque trova una continuità anatomica; ma in pratica esso incontra resistenze ed agevolezze, talvolta di natura transitoria, che non gli permettono né di esorbitare da una data percorrenza, né di sottrarsene. E per questa variabilità dinamica le correnti nervose possono assumere, movendo da uno stesso punto di partenza, un numero quasi infinito di figure materiali nello spazio corticale e di figure subiettive nella coscienza.

Nel polidinamismo delle cellule corticali si deve cercare la causa principale delle varie direzioni che possono assumere le correnti nervose del cervello. A sua volta, il polidinamismo degli elementi corticali è spiegabile come un effetto della loro posizione. A contatto con tante altre cellule diverse ed esposta a tante forme d'eccitazione, la cellula della corteccia cerebrale acquista la proprietà di reagire in varie maniere, e a poco a poco, per adattamento, anche quella di non reagire o di esercitare addirittura un'influenza inibitoria. E non è inverosimile ch'essa si comporti di fronte all'onda incidente del processo funzionale come un organismo elementare di fronte ad un agente esterno, cioè esercitando, secondo le occorrenze, atti di *chemiotassi* positiva o negativa.

Secondo la teoria del neurone, la chemiotassi sarebbe favorita dalla discontinuità fra l'espansione terminale dell'axone e il corpo della cellula successiva, ma è recentemente impugnato che tale discontinuità, per quanto certa in fase di sviluppo, persista nell'età adulta. In ogni modo, il potere della chemiotassi si può esplicare anche fra neuroni continui ed all'infuori delle loro saldature reciproche, per mezzo delle spine che ricoprono i prolungamenti protoplasmatici come una fitta peluria e che sembrano capaci di espandersi e di accasciarsi in rapporto col lavoro funzionale.

Con le attenuazioni che abbiamo enumerato, il concetto dei centri psichici perde quel sapore di frenologia che gli venne rimproverato un po' troppo sommariamente. Si era detto che il numero e l'estensione dei centri corticali, come pure la loro disposizione topografica, essendo vincolati allo schematismo dello sviluppo embriologico, non possono presentare grandi differenze da un individuo all'altro, e tanto meno da un istante all'altro nell'istesso individuo; e che ciò renderebbe inesplicabili le infinite maniere con cui si seguono le immagini, le idee e gli affetti anche a parità d'ambiente esterno. Ma l'obbiezione non ha alcun valore, perchè l'invariabilità anatomica della trama cerebrale è compensata dalla gran-

zioni immediate e sempre nuove, di cui non sanno serbare alcuna traccia. Le traccie durature, ma incomplete degli avvenimenti che interessano i centri di proiezione sarebbero conservate in altri centri: e di là, verificandosi certe condizioni fisiologiche, darebbero luogo quando che sia ad un facsimile dell'avvenimento originario ovvero alla riproduzione d'una sua singola particolarità che, assunta come simbolo, basta a farne le veci nella coscienza. Il passaggio delle traccie rammemorabili dai centri doppi di sensibilità al centro unico di rappresentazione si compirebbe attraverso le fibre omolaterali e controlaterali che muovono dai due emisferi del cervello e convergono separatamente tanto all'uno come all'altro di essi.

Questo meccanismo, per quanto possa sembrare farraginoso, lascia comprendere anche anatomicamente la ragione del profondo distacco che nell'ontogenesi e nella filogenesi separa gli altissimi gradi dell'intelligenza dalle sue forme rudimentali. Le rappresentazioni, appunto perchè segnano il progresso dell'intelligenza da una fase di coscienza puramente percettiva ad una fase di coscienza associativa, che richiede organi proprî, sono il fattore necessario e sufficiente dello sviluppo a cui arriva il cervello negli uomini adulti, oltre alla sfera delle funzioni sensitive e motorie, e che gli fa oltrepassare ad immensa distanza i più ampi cervelli di neonati umani e di mammiferi adulti, non escluse le scimmie.

Le idee che abbiamo esposto non sono ancora salite agli onori d'una discussione generale, ma hanno ispirato un certo numero di congetture e di osservazioni particolari, su cui si è stabilito un discreto se non illimitato accordo. L'unilateralità dei centri rappresentativi è stata ammessa da parecchi neurologi per l'espressione musica o per l'esecuzione di musica strumentale. Pare che la cecità psichica sia più profonda e che abbracci una maggior quantità d'immagini visive quando la lesione è a sinistra. Persino il centro, che oggi si presume doppio, del linguaggio parlato si dividerebbe, è vero, fra i due emisferi, ma in modo che al sinistro toccherebbe la funzione della parola meditata ed all'omologo di destra quella soltanto della parola automatica (Hughlings Jackson, Bastian, Byrom-Bramwell).

La psichiatria non può rimanere indifferente dinanzi ad un indirizzo clinico che si afferma con localizzazioni così ardite e che è così prossimo a varcare le sue ultime frontiere. È necessario conoscere i motivi, manifesti o latenti, che spingono la clinica contemporanea a separare i centri di rappresentazione da quelli di sensazione, malgrado l'assioma fisiologico che li identificava. Questi motivi non poggiano sopra reperti isolati di autopsie, ma sopra un insieme d'argomenti clinici e psicologici che non meritano d'esser passati in silenzio.

centri diversi. Insomma, i centri psichici non contengono idee, ma ingredienti d'idee; o, meglio ancora, essi hanno la capacità di produrre gli ingredienti che servono ad integrare le idee od a simboleggiarle; e la divisione fisiologica tra centro e centro non procede per categorie d'idee, ma per categorie d'ingredienti o di simboli.

I centri sensoriali della vista sono uno specchio, quelli dell'udito un risonatore, quelli della sensibilità cutanea uno strumento di segnalazione momentanea: e nulla più. Le rappresentazioni mnemoniche della realtà esterna e del nostro corpo si formano in altri centri (unilaterali?) allo stato di simboli, e sono *simboli diretti*. Dai centri di rappresentazione i simboli diretti salgono, forse, e convergono a centri superiori per formarvi concetti più generali e più astratti: *simboli di simboli*. Ma anche per questi centri superiori vale la legge che i loro processi funzionali sono sempre particellari; che ogni cellula ha la proprietà di resistere o di cedere agli eccitamenti, reagendo in varie maniere, benchè tutte d'un genere; e che l'attività d'una singola cellula non corrisponde mai ad una figura pensabile, neppure tra le più elementari o tra le più vagamente simboliche, se non è integrata con quella di moltissime altre cellule, forse a migliaia, sparse qua e là nel cervello. Perciò il contenuto preciso del tesoro psichico, come pure il grado della capacità intellettuale, sarà sempre un enigma agli occhi dell'anatomico. Solo il tipo generico dell'intelligenza, la categoria delle funzioni che spettano ai vari centri corticali e l'invalidità o lo straordinario sviluppo d'una funzione psichica sono problemi suscettibili di soluzione per l'anatomia e di corollari fecondi per la clinica delle malattie mentali. In questo senso un anatomico come G. Retzius ha potuto, sfuggendo felicemente alla taccia di frenologo, descrivere cervelli di matematici con grandissimo talento d'astrazione e cercarne l'equivalente nell'anatomia. In questo senso sarebbe altrettanto legittimo ed opportuno studiare cervelli di oratori e di musicisti forniti in grado eminente del singolarissimo dono naturale che è richiesto per l'esercizio dell'eloquenza o della composizione musicale. E se dalla psicologia individuale passiamo alla psichiatria, non ci sarà forse impossibile trovare un giorno nel cervello d'idioti e di dementi parziali la ragione delle loro anomalie e lacune per quantità e qualità. Quel giorno comincieranno a disegnarsi i contorni di un'anatomia psicopatologica a grandi linee; e la psichiatria avrà sorpassato il terzo abisso che la rende inferiore alle altre cliniche.

CAPITOLO II.

Le cause delle malattie mentali.

Le cause di pazzia si dividono in *esogene* ed *endogene*. Le cause esogene sono dovute all'ambiente, non all'individualità del malato o solo in minima parte, e si suddividono in *somatiche*, *psichiche* e *sociali*, a seconda che emanino dall'ambiente fisico, psichico o sociale. Le cause endogene essendo legate alla costituzione individuale, riescono attive in qualunque ambiente, e si suddividono in *diatesiche*, *ereditarie* e *degenerative*; ma se si va a rivangare la loro prima origine negli antenati, si finisce per riconoscere che vengono anch'esse dal di fuori sotto forme non diverse e con processi eguali a quelli delle cause esogene.

Spesso le malattie mentali derivano da una catena di cause, tra cui l'osservatore empirico non coglie che la più visibile. Gli alienisti non sogliono cadere in questo errore; ma se concorrono parecchie cause, è difficile per chicchessia di discernere la misura con cui hanno agito. Tuttavia anche ignorando lo svolgimento particolare d'un singolo processo morboso, si può dai sintomi che presenta risalire per analogia alla causa che l'ha prodotto. Infatti vi è un certo numero di psicopatie clinicamente simili che dipendono soprattutto dalle accidentalità più o meno materiali dell'ambiente; l'ambiente costituisce una condizione, se non sufficiente, per lo meno necessaria della malattia. E vi sono altre psicosi, parimente ravvicinabili nei loro sintomi, che non sorgono senza l'impulso d'una disposizione interna. Infine tra questi due estremi vi è una serie graduale, a limiti non ben distinti, di malattie mentali, in cui operano cause miste; ed operano così variamente da un individuo all'altro, malgrado la somiglianza dei quadri morbosi, che senza una buona anamnesi non si può mai precisare se il malato sia piuttosto vittima dell'ambiente o della propria costituzione o delle due influenze riunite e cospiranti allo stesso effetto.

pellagra, che è dovuta alla miseria nutritiva ed all'avvelenamento maidico: donde il gran numero di pellagrosi che diventano pazzi e cadono nelle forme più gravi d'amenza. La proporzione dei pazzi è assai minore nelle infezioni e nelle altre intossicazioni per quanto violente, perchè quest'ultime operano in generale all'improvviso su gente valida e assai meno decimata dei candidati alla pellagra.

L'incostanza delle complicazioni psicopatiche di fronte alle sostanze tossiche o virulente dimostra che l'amenza, come in genere qualunque altra forma di pazzia infettiva, postinfettiva o tossica, sta in un certo rapporto con la costituzione individuale, e dipende, sì, dalla qualità e quantità del veleno, ma solo in parte. Vi è dunque un coefficiente interno, che resta nascosto in condizioni normali, ma che si affaccia al sopravvenire d'un disordine nell'economia chimica dell'organismo, ed aggiunge al quadro morboso dell'infezione, del periodo postinfettivo o dell'avvelenamento l'aggravante dei disordini mentali. Questo elemento costituzionale può anche essere di natura transitoria, e molte volte è rappresentato semplicemente dall'età. Infatti è da notare che nell'infanzia malattie leggere, soprattutto infettive, che possono passare inosservate, persino lo spavento, determinano cerebropatie che talvolta modificano od arrestano in modo irreparabile lo sviluppo dell'intelligenza. Si tratta di un'azione morbosa che riescirebbe innocua sopra un cervello adulto, ma che pregiudica l'avvenire d'un organo ancora immaturo. Nel sistema nervoso del neonato le fibre non hanno finito di mielinizzarsi e le cellule non hanno sviluppato tutte le ramificazioni dendritiche di cui sono capaci; offesi in questo periodo della vita, gli elementi nervosi in parte soccombono, in parte restano atrofici e non contraggono tutti quei rapporti anatomici a cui erano destinati.

Le lesioni dei nervi sensitivi, le nevralgie, segnatamente quelle del V paio, possono produrre stati psicopatici in soggetti predisposti, agendo come cause esterne, ma semplicemente occasionali. Gli elminti intestinali, oltrechè per via tossica, disturbano le funzioni del cervello per via riflessa; le cardiopatie ne compromettono la circolazione. Le nefriti, in quanto generano l'uremia, sono una delle cause più temibili di gravissime alterazioni mentali, e comparendo come un sintomo terminale nel corso di processi psicopatici già iniziati, sono causa frequentissima di peggioramento e di morte.

Cause psichiche. — Che in seguito a cause puramente psichiche si possano manifestare malattie mentali lo provano certi casi di spavento. Lo spavento, per l'intensità, la rapidità e la gravezza dei suoi effetti patogeni, si avvicina ai traumi fisici e produce lo shock; il midollo spinale

malattie organiche nei visceri e nello stesso cervello, questa contraddizione si spiega con la speciale sensibilità ai veleni, che è la proprietà e la sventura della cellula nervosa. Il cervello, che non sente la fatica del proprio lavoro, forse per la scarsezza assoluta dei prodotti regressivi che ne sono l'espressione, forse per la loro innocuità, forse per la ristrettezza anche relativa del metabolismo cerebrale, è invece uno squisito segnalatore dei veleni fisiologici e patologici che si svolgono con assai maggiore abbondanza e probabilmente con maggior virulenza relativa negli altri visceri. Secondo i calcoli di miss THOMPSON e di H. DONALDSON, fatti in base agli accuratissimi conteggi di HAMMARBERG, tutte le cellule nervose della corteccia umana non pesano più di 27 grammi. Insomma la capacità intellettuale può subire per conto proprio l'effetto di malattie viscerali che, per la loro tenuità, non disturbano obiettivamente le funzioni del viscere malato od affaticato; e talvolta riesce più compromessa o diminuita dalle malattie o dal superlavoro di altri organi, che non dalle malattie o dal superlavoro del cervello. Se il cervello, non correndo il pericolo d'avvelenarsi da sè, coi veleni autoctoni del lavoro psichico, disponesse, per bizzarra ipotesi, d'una circolazione propria, sarebbe al riparo da tutte le importazioni tossiche, ed anche da quelle che gli arrivano di seconda mano come conseguenza delle emozioni e delle passioni.

Una forma d'autointossicazione fisiologica, che sospende l'attività generale dell'organismo in tutta la giornata, ma non sospende la funzione di nessun altro organo, tranne il cervello, è quella che ha per espressione quotidiana il sonno: il sonno fa tacere la coscienza, ma la sua durata e profondità sono affatto indipendenti dall'intensità del lavoro mentale, tanto è vero che raggiungono il massimo nel neonato, negli animali ed anche, talvolta, negli imbecilli e nei dementi. Un'altra forma d'avvelenamento cerebrale, ma sempre d'origine estranea al cervello, è quella che proviene dai prodotti regressivi delle masse muscolari in contrazione forzata e che si manifesta soggettivamente sotto forma di stanchezza: l'esaurimento dei muscoli è sentito nel cervello, non solo per la via delle fibre sensitive, ma anche sotto l'azione diretta dei prodotti tossici che, circolando, passano attraverso ai centri nervosi. La fragilità chimica che caratterizza gli elementi nervosi li espone a facili alterazioni anche all'infuori dei centri sensitivi e motori; e quindi basta una marcia od uno sforzo ginnastico per renderci non solo stanchi, ma anche inetti ad un protratto lavoro mentale.

Per ragioni simili, appena si manifesta una malattia qualunque con un'alterazione patologica del ricambio, uno dei primissimi sintomi è la fiacchezza intellettuale, che può raggiungere le proporzioni dell'incoscienza e del coma, sebbene al sopravvenire d'un processo morboso il cervello, al pari dei muscoli e dei visceri digerenti, goda in generale i benefizi d'un

la genialità non sarebbero altro che forme d'epilessia psichica. Questo concetto implica un ampliamento abusivo dei confini assegnabili all'epilessia psichica, un'idealizzazione affatto mistica del così detto genio e un'interpretazione unilaterale della delinquenza, ch'è ben di raro costituzionale.

Il genio non ha nulla di mostruoso, nè di patologico, nè di meraviglioso, tranne l'ammirazione della gente semplice che lo circonda d'un culto idolatrico. Gli uomini geniali non sono che individui intelligenti sorretti da una grandissima costanza nei loro sforzi e dalla fortuna nel giudizio non sempre giusto della posterità. Le idee geniali non sono così intuitive e fulminee come si crede dal troppo famoso pomo di Newton in poi, e per maturarle non v'è bisogno d'un contorno romantico o di un'affettività psicopatica. Come la genesi di tante altre varietà umane non costituisce, almeno finora, un quesito scientifico, così non esiste una questione del genio e tanto meno una teoria; e meno che mai è sostenibile la concezione catastrofica che equipara il genio all'epilessia e l'idea geniale ad una scarica convulsiva.

Quanto alla delinquenza, essa è quasi sempre il prodotto delle condizioni sociali, ossia di cause esterne che si potrebbero in gran parte evitare. Solo un piccolo numero di criminali istintivi, che delinquono a dispetto dell'educazione ricevuta, dell'ambiente in cui vivono e del proprio interesse, dimostrano un'insensibilità morale che ha veramente l'impronta degenerativa e che spesso è legata o deriva dall'epilessia. Che questi delinquenti nati, veri eroi del furto, dell'assassinio, dello stupro, della grassazione, siano da riguardarsi come degenerati è giusto. Ma nella maggioranza dei delinquenti non è punto dimostrabile la degenerazione, e lo provi la *grandissima prevalenza* della criminalità maschile sulla femminile. Appunto perchè il delitto è quasi sempre la reazione ad un'anomalia o ad una ingiustizia o ad un pregiudizio sociale, il sesso maschile, che è all'avanguardia nella lotta per la vita e per il benessere, delinque assai più spesso del femminile; e la donna, schiava e parassita dell'uomo, è assai meno esposta di lui ai pericoli ed alle tentazioni criminose. Invece di fronte alle cause dell'epilessia non v'è alcun divario fra i due sessi, e le statistiche si pareggiano. Se la delinquenza fosse una varietà dell'epilessia, dovrebbero pareggiarsi anche le statistiche della delinquenza, il che è lontanissimo dal vero. Inoltre è evidente che non appartengono all'epilessia i così abbastanza numerosi delitti che derivano da imbecillità, da paranoia, da demenza giovanile, da isterismo, da amenza, da raptus melancolico, da alcoolismo. L'epilessia è dunque un fattore di delinquenza, la degenerazione con insensibilità morale è un altro fattore, ma la grandissima maggioranza dei reati è effetto delle condizioni sociali. E questa è la ragione per cui i reati tendono a diminuire con una rapidità che non sarebbe possibile se fossero il prodotto fatale d'una degenerazione ereditaria.

acquisite per causa esterna. Nessuno può negare che la *paranoia*, la *demenza giovanile* e la *pazzia periodica* sono più ereditarie delle altre malattie mentali. È vera anche la regola per cui, nella trasmissione delle malattie mentali, incombe la tendenza all'anticipazione d'età; e Petruccini lo dimostrò con tabelle statistiche, dove questa legge d'affrettamento risulta con singolare costanza e regolarità. Ma non è punto dimostrato che la decadenza delle famiglie psicopatiche sia progressiva: lo sforzo per la rigenerazione è assai più potente di quello che spinge alla degenerazione, e si esplica in maniera di gran lunga più larga. Quanto all'idiozia, essa è quasi sempre una malattia d'origine esterna e fortuita. E infine, non è affatto da credere che il processo di degenerazione conduca per una fatalità tutta sua propria, cioè per mezzo dell'infecondità, all'estinzione della stirpe degenerata. Si può dire agli apostoli della teoria degenerativa: « les gens que vous tuez se portent assez bien »; e l'estinzione di molte famiglie è un fenomeno assai comune che non ha per causa l'eredità degenerativa.

Tutte le ricerche che si praticano comunemente sull'eredità morbosa, e peggio che mai sull'eredità delle malattie mentali, che talvolta si presumono per vaghi e minimi indizi, peccano d'insufficienza e d'inesattezza. In generale, compilando gli alberi genealogici, si confonde la stirpe col casato, che comprende soltanto le parentele in linea patronimica; e, nelle generazioni viventi, non si oltrepassa il casato. Ora, la famiglia vera è immensamente più vasta di questa famiglia convenzionale. Mentre la genealogia d'un individuo si raffigura simbolicamente come un albero schiacciato su d'un piano, che comincia al massimo con quattro proavi e termina con un certo numero di generati, essa si dovrebbe raffigurare biologicamente come una rete che si estende a perdita d'occhio nelle tre dimensioni, verso l'ascendenza, verso la discendenza e verso i collaterali di tutte le generazioni. Ogni individuo conta al disopra di sé un numero d'antenati che sale a 1024 nella decima generazione e ad 1.048.576 nella ventesima, se non vi sono consanguinei tra gli ascendenti. Un discendente diretto di Dante Alighieri o di Filippo il Bello dovrebbe racchiudere nel proprio idioplasma, oltre ai germi del capostipite da cui ha ereditato il nome, quelli di altri 1.048.575 contemporanei del capostipite e i germi di migliaia di proavi meno antichi, ma altrettanto ignoti, dispersi e liberi da qualunque rapporto di parentela reciproca, che tuttavia hanno contribuito in egual misura alla sua nascita e, insieme, a quella d'una stirpe sterminata con all'incirca i medesimi progenitori. Questo numero strabocchevole di antenati è per solito alquanto diminuito dal fatto dei matrimoni tra consanguinei, che semplificano le ramificazioni ascendenti, come avviene ad esempio nelle popolazioni delle piccole isole, dove si vede ra-

ciferne così frequentemente lo stesso casato. Ma questa attenuazione non infirma la regola generale.

Da queste premesse bisogna concludere che è impossibile qualunque studio non diciamo completo, ma anche non del tutto unilaterale della eredità remota, e che è estremamente difficile anche la più semplice verifica delle eredità vicine. In ogni modo l'estinzione di molti casati è un fenomeno demografico che non esprime una particolare sterilità delle famiglie degenerate, ma la necessità sociale d'un ostacolo (psichico, economico o fortuito) che freni e regoli l'aumento della popolazione. Quanto poi all'eredità delle malattie mentali, se qualche cosa risulta da quanto finora si conosce, non è già una pretesa legge di *degenerazione progressiva*, ma piuttosto una legge assai più generale di *rigenerazione psichica*, in virtù di questa legge è probabile che il numero dei pazzi cresca meno della popolazione totale.

Se si tengono in giusto conto tutte queste riserve, si arriva alla conclusione che, fra le cause di pazzia, le esterne agiscono assai più largamente delle interne. E fra le cause esterne, gli sconvolgimenti somatici e le disarmonie sociali sono più temibili dello strapazzo intellettuale, la cui azione è nulla se non è accompagnata da errori igienici, da emozioni deprimenti e perciò anche da perturbazioni trofiche dell'intero organismo.

CAPITOLO III.

Il substrato anatomo-patologico delle malattie mentali

Lo studio anatomo-patologico delle malattie mentali è rivolto principalmente alla corteccia del cervello, sede necessaria ed essenziale dei processi psichici e perciò d'ogni loro alterazione. Dal punto di vista clinico bisogna però che le autopsie e le ricerche successive si estendano anche agli altri organi del corpo. Le lesioni extracorticali ed extracerebrali offrono anzi un interesse considerevole, sia perchè possono rivelare la sorgente dell'azione patologica che ha sconvolto il cervello, sia perchè costituiscano le tracce dimostrabili di processi collaterali. Molte volte l'origine d'una psicopatia è da ricercarsi nei reni, nella tiroide o nei vasi. Altre volte la presenza d'alterazioni evidenti nell'intestino, nel cuore, nei reni, nel fegato o nel midollo spinale chiarisce le alterazioni meno evidenti o addirittura indecifrabili della corteccia cerebrale, come avviene in certi casi di pellagra, d'alcoolismo, di epilessia, di amenza, i cui sintomi psichici, malgrado la loro gravità, sono dovuti a turbamenti di natura funzionale od a lesioni lievi e riparabili.

Per lungo tempo la psichiatria difettò quasi completamente d'anatomia patologica. Tutta la sua ricchezza proveniva dalle necroscopie dei paralitici progressivi, ma i reperti erano limitati alle lesioni complesse e grossolane dello stadio terminale. Il problema sulla patogenesi e sulla natura anatomica del processo non veniva nè risoluto, nè formulato, perchè era ammesso a priori che la paralisi progressiva, unica malattia accessibile allo studio anatomo-patologico degli alienisti, fosse un'infiammazione. Oggi, se continuiamo ad ignorare il corrispettivo materiale della paranoia, della demenza precoce, delle psicosi periodiche, della melancolia e di poche altre sindromi cliniche che del resto sono soggette ad incessanti contestazioni non solo sui loro confini, ma persino sulla loro realtà, si-

cesso primitivo è d'origine fetale, e le parti che non avevano ancora raggiunto la loro evoluzione completa, quantunque risparmiate dall'agente morboso, cessano di subire l'influenza trofica delle parti lese o distrutte, andando incontro, anche a grande distanza dalla località invaduta, a rapide degenerazioni, ad arresti di sviluppo o a deviazioni mostruose della loro struttura, che non hanno riscontro nella patologia degli adulti. Per esempio, il talamo ottico è in rapporto di solidarietà evolutiva con l'emisfero cerebrale dello stesso lato e con la metà cerebellare del lato opposto.

Non di rado le atrofie *secondarie* che colpiscono gli elementi nervosi nella vita infantile e fetale spingono ad oltranza la proliferazione ancora incompiuta della nevroglia, e creano, per via quasi fisiologica, irregolarità strutturali di *terzo ordine* che non sarebbero possibili, per lo meno in così larga misura, fra gli adulti. I processi d'iperplasia complementare assumono il carattere della riparazione o dell'adattamento in modo da apparire talvolta come semplici anomalie di sviluppo; le atrofie sono così lente, graduali e generalizzate, che il cervello, in luogo dell'impronta patologica, può acquistare un aspetto omogeneo e quasi armonico di deformità spontanea, com'è il caso di alcune varietà morbose battezzate per *agenesie* od *aplasie*.

A) **Reperti terminali dei processi precoci.** — La massima parte di questi processi patologici, malgrado le diversità originarie, conduce ad un epilogo comune, cioè all'*atrofia totale* o *parziale* del cervello con residui più o meno riconoscibili di focolai. I reperti più caratteristici e che sovente si associano tra di loro sono i seguenti:

1.° Microencefalia;
2.° Microgiria;
3.° Macrogiria;
4.° Sclerosi lobare;
5.° Assenza del corpo calloso;
6.° Porencefalia;
7.° Idrocefalo cronico;
8.° Meningo-encefalite cronica;
9.° Sclerosi tuberosa.

La *microcefalia* si distingue a seconda della sua origine in *patologica* e (fino a prova contraria) *spontanea*. Nei casi di microcefalia patologica persistono i segni evidenti di malattie pregresse che hanno provocato più o meno uniformemente agenesie ed atrofie secondarie. L'impicciolimento del cervello non è che l'espressione grossolana del processo distruttivo e si trova combinato con porencefalie, sclerosi, microgiria, idrocefalo, focolai diversi, in cui si deve ravvisare la causa fondamentale e spesso

accidentale della microcefalia. Dal novero di queste cause va esclusa la precoce ossificazione delle suture craniche, che nelle autopsie dei microcefali si verifica con poca frequenza e che in ogni modo non è mai un fenomeno primario. Tanto in patologia come nell'evoluzione fisiologica è sempre il cranio che si adatta al cervello come la fodera al suo contenuto, e la microcefalia è così indipendente dalla scatola ossea, che qualche volta si riscontra persino nelle grosse teste dei macrocefali (per idrocefalia). I cervelli microcefalici per causa patologica sono quasi sempre asimmetrici, talvolta estremamente, e il loro peso in età adulta varia fra 300 e 1000 grammi.

La *microcefalia vera* (GIACOMINI) o *classica* o *idiopatica* o *spontanea*, che si contrappone alle forme patologiche o così dette di pseudo microcefalia, non è assai frequente, e la sua possibilità è messa in dubbio da patologi di grande autorità, come VIRCHOW e MEYNERT. Malgrado l'assenza di residui manifestamente patologici, è probabile che queste agenesie apparentemente semplici e senza cause siano dovute a processi ignorati ed antichi della vita fetale od anche a semplici disturbi di nutrizione che, diffondendosi a tutto il canale midollare, hanno potuto esercitare un impedimento simultaneo ed uniforme sullo sviluppo dell'intero asse nervoso. E di fatti in questi casi alla piccolezza del cervello si aggiunge costantemente quella del midollo spinale o micromielia, che interessa non solo, com'è inevitabile, i fasci piramidali (STEINLECHNER), ma anche i fasci endogeni e quelli che provengono dalla periferia. Inoltre vi è fra i due emisferi una rigorosa simmetria, ossia un parallelismo di sviluppo che conferma l'uniformità d'azione del fattore patogenetico su tutti i centri nervosi.

In ogni modo la microcefalia classica (fig. 9), per la sua esteriorità armonica e per qualche carattere pitecoide che non ne turba la regolarità, è qualche cosa di ben diverso dalla microcefalia spuria o secondaria. Il cranio è sempre piccolo con fronte sfuggente e suture normali. Il peso del cervello varia fra gli stessi limiti dei casi precedenti, per cui anche questa forma di microcefalia si avvicina da un canto alla normalità, dall'altro all'anencefalia. Le circonvoluzioni sono più grossolane e meno contorte, scarseggiano i solchi secondari e terziari; mancano le pieghe anastomotiche, e la superficie del cervello presenta una povertà di linee (fig. 9) pari a quella che si osserva nei feti fra l'8.° e il 9.° mese. Il tipo fetale di struttura esterna si conserva per tutta la vita anche se la massa encefalica, proseguendo nel suo accrescimento, raggiunge col tempo un peso non molto lontano dal normale degli adulti, per esempio 1100 grammi o poco meno.

La *microgiria* è un vizio di conformazione della corteccia cerebrale, per

dato, è costretto ad accartocciarsi; a questo effetto può concorrere anche l'irregolarità dei processi proliferativi della nevroglia che si svolgono nello spessore della corteccia. La microgiria è un'irregolarità molto grossolana, spesso unilaterale e limitata ad una o poche regioni della corteccia, intorno alle quali si scorge, con netta separazione, una struttura normale. Ma di solito essa non si limita ad una sola località, ed occupando qua e là vasti territori della volta e della base, in numero di due, tre o più, determina una considerevole riduzione dell'emisfero intaccato, e, se è bilaterale, una forma grave di pseudo-microcefalia.

Per *macrogiria* s'intende una conformazione speciale delle circonvoluzioni, che si presentano larghe, senza eleganza di contorni, divise da solchi poco profondi, come in un cervello fetale del sesto o settimo mese, che fosse visto con un certo ingrandimento. Spesso la macrogiria è parziale: accanto alle circonvoluzioni macrogiriche si scorgono circonvoluzioni normali od anche in istato di microgiria. Dove le circonvoluzioni sono grandi lo spessore della corteccia è più alto, ma i suoi confini col centro ovale sono meno distinti, perchè un certo numero di cellule corticali, fra cui anche talune piramidi, si trovano al disotto del livello normale, mescolate con la sostanza bianca, e l'ordine degli strati corticali è un po' scompigliato. Si può arrivare fino all'*eterotopia* o *distopia* della sostanza grigia: cellule d'un dato tipo compaiono a gruppi in territori dove dovrebbe esservi sostanza grigia, ma d'un altro tipo.

La *sclerosi lobare* è un reperto anatomico che appartiene esclusivamente alla patologia infantile, e colpisce in totalità o parzialmente un emisfero od un lobo del cervello. La porzione sclerosata è sempre vasta e si presenta rattrappita, leggera, indurita; spesso il cervelletto rimane allo scoperto; il ponte e i gangli della base possono partecipare al processo; le circonvoluzioni sono piccole, ma conservano la figura e la disposizione ordinaria; le meningi sono quasi sempre intatte. Istologicamente la sclerosi lobare consiste nell'ipertrofia della nevroglia con atrofia degli elementi nervosi, e la sede di questa doppia alterazione è nettamente separata dal tessuto normale, per cui si può diagnosticare anche coi mezzi macroscopici.

Spesso il territorio sclerosato contiene residui più o meno inveterati di focolai, specialmente di emorragie, embolie, trombosi, di cui si scoprono ancora le traccie in forma di cisti emorragiche, rammollimenti, *piccole cisti* (Cotard), infiltrazioni cellulari, e che si possono interpretare come centri d'irradiazione della sclerosi. Mentre nei cervelli degli adulti che siano colpiti da apoplessia od obliterazione d'un vaso periscono con gli elementi nervosi anche la nevroglia e il processo di riparazione si limita tutt'al più ad un'[illegible], il contrario avviene, a questo

pure, nella vita fetale ed infantile. La *sclerosi lobare* rappresenta o tende a rappresentare il grande residuo cicatriziale d'un processo spento ed originariamente piccolo, benchè spesso multiplo.

Qualche volta la massa sclerosata racchiude uno o più nodi centrali di sclerosi più densa, da cui il processo va digradando in tutte le direzioni. Questi nodi corrispondono a *focolai perivascolari* di natura infiammatoria accesi con molta probabilità da un agente infettivo e che hanno divampato all'intorno per tutto il lobo o per tutto l'emisfero, spingendo fino alla distruzione i processi regressivi degli elementi nervosi, ma istigando invece fino alla sclerosi l'accrescimento progressivo della nevroglia (MARIE).

La *mancanza del corpo calloso* si associa frequentemente all'atrofia della corona raggiata e quindi alla microcefalia con o senza microgiria (più spesso senza). Questa gravissima lesione non implica paralisi motorie; e, cosa più strana, fu riscontrata al tavolo anatomico anche in individui non idioti. Il corpo calloso, in luogo dell'aplasia assoluta, può subire arresti di sviluppo che lo rendono semplicemente più corto o più sottile, ma che tuttavia si riverberano sulla superficie del cervello. I due emisferi cerebrali rimangono talvolta uniti, perchè non si forma la scissura interemisferica (*sinencefalia*); o soggiacciono alla microgiria; o, più spesso, conservano disposizioni primitive, che ricordano il così detto periodo delle scissure transitorie; e gli arabeschi della corteccia restano ridotti alla loro espressione più semplice.

Col nome di *porencefalia*, proposto da HESCHL nel 1859, si designa la formazione, sempre assai remota, di breccie o lacune nello spessore della sostanza cerebrale, che assumono l'aspetto d'infossamenti, d'imbuti, di fenditure e che talvolta si approfondiscono come pozzi dalla corteccia fino ai ventricoli laterali. Queste anomalie risalgono, il più delle volte, a processi morbosi della vita intrauterina, ma possono prodursi anche come un fenomeno postnatale per occlusione di vasi o per trauma della scatola ossea. Qualche cosa di molto analogo si può determinare in animali giovani con lesioni sperimentali (D'ABUNDO).

Le porencefalie sono spesso multiple, ma di raro simmetriche. Se anche sono simmetriche per posizione, come ad esempio nei due campi dell'arteria cerebrale media (KUNDRAT), presentano disuguaglianze di forma e profondità, che tradiscono la natura accidentale e patologica della loro origine. Sebbene sia impossibile unificare i processi morbosi che provocano la porencefalia, è evidente ch'essi confluiscono in un medesimo stadio terminale, che consiste nella *necrosi circoscritta* della sostanza cerebrale, grigia e bianca. D'altra parte la molteplicità delle origini spiega la concomitanza d'altre lesioni gravi e svariate, come al-

porencefalia, assenza del corpo calloso, idrocefalo, sclerosi lobare. Talvolta, secondo Schultze, Strümpell e Hösel, si scorgono indizi d'antichi processi infiammatori, a cui si deve attribuire un'importanza patogenetica per lo meno pari a quella degli embolismi e dei traumi, e che trasportano la data inaugurale della malattia in un'epoca posteriore alla nascita. Però la regolarità quasi costante delle scissure di primo ordine nei cervelli porencefalici fa pensare che il processo morboso, qualunque sia, si svolga di preferenza fra il 5.° e l'8.° mese della vita fetale.

Anche l'*idrocefalo cronico* non ha il valore d'un processo morboso a sè. Clinicamente esso non è che un sintomo ed anzi può persino passare inosservato; anatomicamente è spesso un fenomeno collaterale di lesioni diverse. Quando per processi distruttivi della sostanza cerebrale i ventricoli si dilatano e gli spazi subaracnoidei si avvallano, è naturale che si produca ex vacuo l'idrocefalia, interna ed esterna insieme, senza che il capo apparisca ingrossato, com'è forse il caso più frequente. Altre volte la raccolta di liquido cefalo-rachidiano è secondaria a compressione della vena di Galeno, da cui si produce la stasi nei plessi coroidei.

Fig. 11. — Idrocefalo interno senza macrocefalia: il bambino visse sino all'età di quattro mesi; [illegible] la luce d'una candela [illegible]: il cervello era ridotto ad una sottilissima lamella parietale, come si vede alla figura seguente.

L'*idrocefalo interno* può limitarsi ad un solo emisfero ed anche ad un solo ventricolo. Spesso è enorme, e si ha uno sfiancamento progressivo delle pareti craniche, sicchè il cranio diventa mostruoso. In casi molto più rari il cranio rimane di dimensioni comuni (fig. 11), ma il cervello è talmente compresso da ridursi ad una semplice parete sottile come un foglio (uno o due millimetri di spessore) e dove la struttura degli strati corticali diventa irriconoscibile (fig. 12).

L'aumento del liquido cefalo-rachidiano è spesso dovuto a malattie prenatali, ma d'ordinario cresce ulteriormente anche per uno o più anni oltre alla nascita e non si rende appariscente che dopo qualche mese. In molti altri casi l'idrocefalo è acquisito per malattie sopravvenienti dopo la nascita: la causa più frequente di questa varietà è la *meningite sierosa*;

quelli di cerebroplegia. Ma sembra fuori di contestazione che esistono encefaliti postnatali d'origine infettiva, con o senza paralisi, che sono prodotte da quegli stessi fattori, del resto svariati, che determinano la poliomielite anteriore. Infatti le due specie di paralisi infantile, la spinale e la cerebrale, si presentano simultaneamente sotto forma epidemica, oppure si sommano in uno stesso individuo che riunisce atrofie e paralisi flaccide con paralisi spastiche ed imbecillità. Tanto l'una specie di paralisi che l'altra si afferma pei suoi reliquati più che per la gravità dei sintomi inerenti al breve periodo d'invasione; anzi, per ciò che riguarda più specialmente la paralisi cerebrale dei bambini, il periodo iniziale ed acuto può sopravvenire con poca febbre e in modo piuttosto insidioso, quasi occulto.

Queste circostanze creano un gran divario fra l'encefalite dei bambini da una parte e l'encefalite emorragica o l'encefalite suppurativa degli adulti dall'altra. E il divario risulta anche maggiore fra questi processi infiammatori, raramente mortali, e i casi fatali di meningite acuta per meningococco di WEICHSELBAUM o per altre infezioni consimili. Se poi l'encefalite infantile non è una malattia sistematica, ciò non basta menomamente a spogliarla della sua analogia con la paralisi spinale, perchè rigorosamente sistematica non è nemmeno la paralisi spinale.

I casi recenti d'encefalite infantile, studiati in numero piuttosto scarso, si distinguono pei seguenti caratteri: sostanza grigia più soffice, superficie del taglio liscia, lucente, con emorragie puntiformi e rosso-chiare in campo rosso o giallo-bigio; al microscopio non si vedono cellule granulose, ma specie di mielina e detriti; i vasi dilatati; nella sostanza bianca l'infiammazione è più evidente, gli spazi linfatici sono ripieni e i vasi circondati di leucociti; la nevroglia è dovunque abbondante. Quanto al reperto dei casi inveterati, che formano certamente la maggioranza, esso degenera nel quadro della sclerosi lobare.

La *sclerosi ipertrofica o tuberosa*, così chiamata da BOURNEVILLE (1880), che la descrisse per il primo, non conduce il cervello ad una vera ipertrofia, ma solo ad una proliferazione circoscritta della nevroglia con aumento enorme delle fibre nevrogliche e con alterazione e diminuzione delle cellule nervose. La qualifica d'ipertrofica serve soprattutto a mettere in rilievo le differenze veramente considerevoli che contraddistinguono la sclerosi tuberosa dalla sclerosi lobare od atrofica. Qua e là sulla base, ma più specialmente sulla volta del cervello, si avvertono placche prominenti, numerose, consistenti, che sporgono anche al disotto della pia madre ed hanno la larghezza d'un soldo o poco più. Queste placche sono pallide e poco profonde; di solito non interessano che la corteccia cerebrale.

Solo nella parte centrale dell'isola sclerotica la nevroglia è più stipata e arriva fino alla sostanza bianca; agli orli, cioè verso la parte sana, si ritrova qualche cellula nervosa, ma le piramidi hanno perduto la loro orientazione regolare e gli strati corticali appariscono scompigliati.

Alla sclerosi tuberosa si associa costantemente l'idiozia. Nei casi finora conosciuti era costante anche l'epilessia, e spesso si aggiungevano paralisi spastiche. Tuttavia la diagnosi speciale non è possibile che al tavolo anatomico.

B) **Reperti a focolaio e reperti diffusi degli adulti.** — Nella patologia cerebrale degli adulti riprende tutto il suo vigore la distinzione tradizionale fra le malattie diffuse e le malattie a focolaio, le cui lesioni nei reperti dei processi precoci si presentano spesso associate e così compenetrate le une nelle altre, da perdere i contrassegni speciali di cui pure non erano prive all'origine.

I processi morbosi a focolaio che colpiscono il cervello completamente sviluppato danno luogo a reperti meno svariati di quelli che furono descritti come propri della vita infantile e fetale. Nello stesso tempo questi processi morbosi, in quanto producono lesioni meno compromettenti per la struttura generale del cervello e si svolgono in un ciclo più breve di metamorfosi ben distinte, sono tutti più noti, specialmente sotto l'aspetto macroscopico, malgrado la loro pluralità, ed appartengono da lungo tempo alla patologia ordinaria. Basterà in proposito un accenno sommario, tanto più che le lesioni cerebrali degli adulti, appunto perchè sono assai limitate, risparmiano spesso le funzioni psichiche o le disturbano bensì, ma in modo così preciso e parziale, che forniscono argomento alla clinica generale quanto a quella delle malattie mentali. Eppure, alcune di queste lesioni, per esempio le apoplessie con o senza afasia, intaccano l'intelligenza e il carattere assai più profondamente che non accada in certe psicosi *pure*, come sarebbero l'ossessione semplice per un'idea fissa od anche una lieve melancolia.

Le *lesioni a focolaio* del cervello sono emalogene, traumatiche o propagate da processi locali delle meningi e del cranio, e intaccano le funzioni mentali più spesso che non si creda generalmente.

Emorragie capillari ed arteriose. — Le *emorragie capillari* sono facili a prodursi in ogni punto del cervello, sia per occlusione arteriosclerotica dei tronchi maggiori e situati a tergo, sia per compressioni, sia per iperemia attiva o per infezioni. Il loro volume varia fra un grano di miglio e un pisello. Le *emorragie delle arterie* provengono da processi degenerativi ed infiammatori delle pareti o da dilatazioni aneurismatiche che predispongono alla rottura sotto l'azione occasionale d'un aumento anche momentaneo de

parte della pressione sanguigna. Talvolta queste dilatazioni sono piccolissime e multiple: *aneurismi miliari*. Prescindendo dai traumi, le regioni più soggette alle emorragie arteriose sono i gangli della base, la capsula interna e le loro vicinanze; in seconda linea il ponte, i peduncoli cerebrali, il cervelletto e il centro ovale; solo di raro la volta del cervello, e ciò a motivo della minor pressione che anima i vasi arteriosi della corteccia (provenienti dalla pia madre) in confronto ai grossi rami collaterali che si distaccano direttamente dall'arteria della fossa di Silvio.

Le minime emorragie capillari non agiscono che come un corpo estraneo, comprimendo il tessuto circostante; ma le masse emorragiche più voluminose distruggono porzioni considerevoli di sostanza cerebrale, e la rottura d'una grossa arteria può annientare, per esempio, un corpo striato o tutti i gangli basali d'un lato o tutta la sostanza bianca del lobo occipitale. Le vicende del coagulo, la formazione della cisti apoplettica o della cicatrice, come pure le reazioni (limitatissime) delle parti compresse sono troppo note per essere qui ricordate.

I *rammollimenti* o *encefalomalacie* sono determinati da occlusione di arterie che può avvenire per trombosi, per embolia o per inspessimento interno delle pareti vasali. In quest'ultimo caso i focolai, essendo dovuti ad arteriosclerosi più o meno diffusa, sono quasi sempre multipli, e perciò, anche se piccoli, hanno in psichiatria maggiore importanza dei rammollimenti embolici, che per lo più sono unici. I focolai più grossi possono occupare una circonvoluzione, un ganglio, un lobo intero; e per quanto isolati, possono cadere in posizioni abbastanza superficiali intaccando la corteccia e le vie intercorticali e disturbandone gravemente le funzioni.

Nel cervello dei vecchi (oltre ai 60 anni) e sopratutto nei gangli della base si osservano spesso lacune multiple del tessuto nervoso (fig. 13, A), che variano di grandezza come da un grano di miglio ad un cece; sono le così dette *lacune di disintegrazione cerebrale* (Marie, Ferrand). Queste cavità contengono sempre una piccola arteria pervia, ma molto ammalata per ordinari processi d'arteriosclerosi. Lo spazio tra le pareti della cavità ed il vaso è occupato da scarsi detriti di tessuto nervoso rammollito e da elementi linfoidi. Negli stadi più avanzati la parete della cavità è costituita da un fitto tessuto di nevroglia. Lo strato più interno della parete lascia vedere, col metodo Weigert, i fasci compatti di fibre che le compongono; e in mezzo ad esse non si scorgono nuclei; più all'esterno, dove le fibre si diradano, vi sono nuclei piccoli e scuri come i normali, ma più numerosi, nuclei chiari, granulosi e più grandi, nuclei più chiari, più grandi e dotati d'un nucleolo eccentrico (fig. 14), e qua e là astrociti giganteschi o *Monsterzellen* (fig. 15).

Le lacune di disintegrazione cerebrale non debbono venir confuse col

così detto *état criblé* (fig. 13, 14), che dipende da una retrazione di tessuto nervoso dovuta ai reagenti e che si osserva anche in cervelli normali. Tanto meno si confonderanno con la così detta *porosi cerebrale*, che consiste in cavità di varia grandezza, con contorni netti e senza alcuna alterazione sclerotica od infiammatoria delle pareti: queste cavità sono un effetto postmortale di gas che talvolta si producono nella sostanza cerebrale del cadavere (Marie).

L'*ascesso cerebrale* varia fra gli stessi limiti di grandezza, non si riassorbe che quando sia assai piccolo, più spesso cresce con grande lentezza comprimendo la sostanza circostante che degenera o si atrofizza. Talvolta è multiplo e proviene da focolai purulenti lontani per metastasi, o da suppurazioni vicine per contiguità, per esempio in seguito ad otiti, a carie della rupe o dell'orbita, a traumi del cranio.

Fig. 14. — Taglio di Flechsig in un cervello senile: *A*, lacune di disintegrazione nei nuclei centrali; *B*, stato cribroso (état criblé). (Da J. Ferrand, *L'hémiplégie des vieillards*. F. Rousset, Paris, 1902).

I *tumori* più comuni del cervello sono i *gliomi*, di solito non visibili che al taglio, interni, spesso enormi, formati di nevroglia che si sviluppa progressivamente tra cellule e tra fibre nervose, ma che poi va incontro a svariate metamorfosi parziali con distruzione degli elementi specifici. Se ne conoscono molte varietà a seconda che in essi prevalgono le fibre o le cellule. Col nome di *neurogliomi* si intendono tumori in cui, oltre alla neuroglia, proliferano, a quanto si dice, anche cellule nervose. Le ricerche

più recenti rendono per altro dubbia l'esistenza di simili tumori; è noto che le cellule nervose dell'adulto hanno in generale perduto per sempre la capacità proliferativa; d'altra parte il metodo di WEIGERT dimostra sovente che le presunte cellule nervose in proliferazione non sono altro che gigantesche cellule di nevroglia. Sono *gliosarcomi* quei tumori costituiti di nevroglia nei quali, per la proliferazione di elementi delle pareti vasali, si son formate delle parti sarcomatose. I *sarcomi* sono anch'essi abbastanza comuni e prendono origine dalla pia madre o dalle guaine vasali. Per metastasi si formano nel cervello anche *noduli carcinomatosi*.

Fig. 18. — Degenerazione della nevroglia sul margine d'una lacuna di disintegrazione cerebrale; *a*, strato di fibre [illegible] prive di nuclei; *b*, nuclei di gliocellule [illegible]; *c*, grandi nuclei di gliocellule chiari e con nucleolo. Metodo elettivo di WEIGERT. (Da un preparato originale.)

Tra i *granulomi* si devono menzionare i *tubercoli*, quasi sempre multipli e localizzati assai più nelle meningi che nel cervello, dove si localizzano sotto la pia madre, presso i vasi e lungo le scissure. Possono anche presentarsi isolati e raggiungere dimensioni considerevoli: *tubercoli solitari*. Le *gomme* si formano durante il periodo terziario della sifilide nella corteccia cerebrale e nella pia madre, dando luogo qualche volta ad un focolaio unico, qualche volta a parecchi noduli più o meno grandi. Le masse nodulari più piccole possono riassorbirsi, e così si sottraggono ai processi regressivi d'indurimento o di caseificazione che trasformano le gomme più voluminose. Queste manifestazioni della sifilide terziaria avvengono a spese della sostanza cerebrale e provocano anche all'intorno processi d'anemia, di rammollimento, d'emorragia.

meno numerosi d'emorragia, in parte piccolissimi e riconoscibili soltanto al microscopio per accumuli particellulari intorno ai vasi, in parte puntiformi e rosso-scuri, di rado grossi e soggetti a suppurazione;

l'*encefalite purulenta* o *suppurativa* che, se è d'origine metastatica, può anche manifestarsi con ascessi multipli e non più grossi d'un pisello o d'un grano di canape, altrimenti ricade nel gruppo delle malattie a focolaio. Gli ascessi minori svegliano intorno infiammazioni o edemi, i maggiori s'incapsulano e restano immutati anche per anni, ma con la minaccia permanente d'una perforazione improvvisa, per esempio nei ventricoli.

II.

Lesioni elementari della corteccia cerebrale e delle sue dipendenze.

I quadri anatomo-patologici fin qui enumerati non sono che i compendi grossolani di lesioni più minute, la cui successione costituisce integralmente i singoli processi morbosi. Queste lesioni elementari in parte cambiano, in parte si ripetono con leggiere varianti che peraltro determinano differenze sensibili nei reperti esterni. In realtà le differenze esterne derivano non solo dalla natura, ma anche dalla sede, dalla estensione e dalla durata dei processi elementari, e perciò non corrispondono sempre a differenze istologiche o citologiche di grande rilievo. D'altra parte lesioni microscopiche, e delle più caratteristiche, si scoprono anche in cervelli apparentemente normali e che perciò non si potrebbero assegnare a nessuno dei quadri precedenti, o si presentano sotto forme diverse in cervelli che macroscopicamente sembrano simili.

Per tutte queste ragioni l'esame istologico e citologico porge criteri importanti e indispensabili per l'anatomia patologica delle malattie mentali. Esso non è soltanto un complemento, ma anche un mezzo di revisione, che, malgrado la data recente delle sue applicazioni, permette di considerare la psichiatria sotto un aspetto diverso e più esatto che non sia quello dell'anatomia macroscopica.

Le lesioni più o meno intimamente implicite nei reperti suscettibili di diagnosi ad occhio nudo si possono dividere secondo gli elementi istologici, cioè secondo che riguardano: le *cellule*, le *fibre nervose*, la *nevroglia* e l'*ependima*, i *vasi* e le *leptomeningi*.

A) **Lesioni delle cellule nervose**. — Nelle cellule nervose si riesce, sintetizzando i risultati di ricerche, specialmente sperimentali, compiute negli

ultimi anni, a distinguere con chiarezza i processi acuti dai subacuti e dai cronici, benchè molte volte gli uni e gli altri si sommino e tendano, qua e là, a sopraffarsi. Sono possibili e quasi facili anche distinzioni ulteriori e più sottili che si riferiscono al genere dell'agente morboso.

1.° Processi acuti. — Nei processi acuti si riconoscono nettamente vari ordini di cause, i cui effetti sulla cellula nervosa sono in parte diversi, ma in più gran parte comuni. L'espressione più tipica dei processi acuti si trova nel quadro dell'*ipertermia*, dove la sostanza *cromatica* del corpo

Fig. 16. — Cellula radicolare anteriore di coniglio. Ipertermia sperimentale. Cromatolisi diffusa. Metodo Nissl (da Lugaro).

cellulare subisce una disgregazione con diminuzione progressiva della sua quantità che può arrivare quasi fino all'assoluta scomparsa: *cromatolisi diffusa* (fig. 16). Al contrario la sostanza acromatica, ordinariamente *invisibile*, mette in mostra la propria struttura reticolo-fibrillare. Salvo queste alterazioni, la cellula e il nucleo conservano la struttura e i rapporti normali, ma è caratteristico che la cromatolisi avviene indistintamente e presso a poco con la stessa intensità in *tutte le cellule*, ciò che non si verifica così completamente in nessun altro processo morboso, nè acuto, nè cronico. Finchè il reperto si limita alla cromatolisi, si suppone che la sostanza cromatica possa essere rinnovata e che la cellula nervosa si renda

STEFANI) si necrotizzano le cellule della sostanza grigia del midollo lombare, e si disgregano fino a scomparire nel breve termine di 48 ore.

I reperti di alterazioni acute sono frequenti nelle malattie mentali acute e specialmente in quelle psicosi febbrili od afebbrili che dipendono da infezioni e intossicazioni acute d'origine interna od anche esterna. La gravità delle lesioni varia molto da caso a caso, e non è a dir vero in ragione diretta dei sintomi presentati in vita. In molti casi d'amenza si riscontra la cromatolisi diffusa di moltissime cellule, soprattutto della corteccia, ma talvolta anche degli altri centri, persino del midollo e dei gangli spinali. Nella corteccia quest'alterazione si rileva con maggiore evidenza sulle cellule di Betz (fig. 17), che normalmente presentano più d'ogni altra cellula corticale il caratteristico aspetto tigrato proprio delle cellule più ricche di sostanza cromatica (fig. 18). Nelle medie e piccole piramidi la cromatolisi totale è spesso accompagnata da impicciolimento e colorabilità del nucleo; e questa può spingersi a tal segno, da mascherare interamente la presenza del nucleolo (fig. 19).

Fig. 18. — Cellula di Betz in condizione normale dalla circonvoluzione frontale ascendente d'un adulto.

Per traumi si producono metamorfosi molto diverse a seconda che è colpito direttamente il corpo cellulare o che invece l'azione traumatica cade sopra l'assone. L'assone, appunto a motivo della sua lunghezza, può esservi esposto per conto proprio. Questa distinzione vale non soltanto pei traumi, ma anche per le sostanze tossiche che eventualmente esercitino sul prolungamento nervoso un'azione elettiva.

Siccome il corpo cellulare è il centro trofico del neurone, ogni trauma o intossicazione che lo alteri irreparabilmente conduce ad un rapido pro-

cesso di distruzione totale ossia alla scomparsa dell'elemento nervoso in tutte le sue parti. Se invece è colpito l'assone in una sola parte del neurone che possa subire una ferita parziale si hanno generalmente le seguenti alterazioni: *arrotondamento del corpo cellulare*; *cromatolisi centrifuga*, *lateralizzazione del nucleo*, che può fare *ernia*; *deformazione reniforme dello stesso nucleo*; accumulo di sostanza cromatica nell'ilo del nucleo alterato (fig. 20, 21 e 22). E tutto questo processo, di cui il valore non potrebbe essere più dimostrativo, è soggetto a doppio esito, perchè finisce o nella morte o (più sovente) nella lenta *riparazione* dell'elemento nervoso.

Questo processo tipico, che si presenta nella grande maggioranza dei casi, subisce talvolta un'attenuazione. In certe cellule, invece della modificazione descritta, si osserva semplicemente un accumulo perinucleare della sostanza cromatica, mentre la parte periferica della cellula diventa più pallida (fig. 23). Questo speciale tipo di reazione si può anche osservare temporaneamente come fase iniziale del processo comune (fig. 24) ed anche come fase del processo riparativo in cellule che hanno presentato la tipica reazione con eccentricità del nucleo (fig. 25 e 26). Secondo Lugaro è probabile che il processo di cromatolisi periferica con addensamento perinucleare della sostanza cromatica sia l'esponente d'una reazione meno intensa che non il processo classico di cromatolisi centrale con lateralizzazione del nucleo.

Fig. 18. — Corteccia cerebrale: a, piccola piramidale; b, piccola piramidale, in un caso di amenza. Cromatolisi diffusa, colorabilità della parte acromatica, dislocazione laterale del nucleo (da Cajal).

Quest'ultimo processo ricopia certe condizioni normali della cellula nervosa embrionale. Perciò van Biervliet e van Gehuchten hanno sostenuto ch'esso rappresenti un ringiovanimento della cellula in rapporto col lavoro rigenerativo della fibra nervosa. A sua volta Lugaro ha fatto notare che ambedue i tipi di reazione patologica testè descritti trovano riscontro in forme normali di cellule appartenenti a vertebrati inferiori: pesci, batraci, rettili.

Il tipo caratteristico di reazione cellulare per lesione del cilindrasse si riscontra in malattie mentali acute da intossicazione. In certi casi di amenza e in certi casi d'alcoolismo le cellule di Betz presentano appunto cromatolisi centrale con nucleo lateralizzato e depresso nella faccia

cipare al processo. E all'infuori del cervello vi partecipano spesso negli stessi casi le cellule delle colonne di Clarke. Quando vi è polinevrite, fatto non raro nei processi tossici acuti o subacuti, anche le cellule delle corna anteriori e dei gangli spinali presentano la tipica reazione.

Fig. 27. — Cellula voluminosa di ganglio spinale in un caso durante la fase di riparazione, 22 giorni dopo la lesione della fibra periferica corrispondente: nucleo ricentralizzato, addensamento perinucleare della sostanza cromatica, cromatolisi periferica (da LUGARO).

2.° PROCESSI SUBACUTI. — Le lesioni sono analoghe a quelle dei processi acuti. Ma poichè le cose si svolgono con maggior lentezza, manca il turgore della cellula; la disgregazione della parte cromatica è per lo più parziale e frequentemente assume la forma di *cromatolisi periferica* (fig. 28). Alla cromatolisi periferica si associa qualche volta un addensamento della sostanza cromatica ancora superstite intorno al nucleo; in questo caso si ha un quadro analogo a quello sopradescritto e che si osserva talvolta transitoriamente per lesione del cilindrasse. La cromatolisi periferica con addensamento cromatico perinucleare da causa tossica ha, secondo LUGARO, il valore di una reazione cellulare a scopo reintegrativo. I processi di cromatolisi diffusa e grave con alterazioni della parte acromatica hanno invece un significato semplicemente degenerativo. Gli esiti dei processi subacuti sono di varia specie: riparazione, atrofia lenta, morte della cellula nervosa.

Fig. 28. — Cellule piccole, scure, dei gangli spinali (cane) in fase di riparazione; nella cellula *a* il nucleo è ancora eccentrico; nella cellula *b* si avvia verso il centro fra le zolle cromatiche neoformate; nella cellula *c* la parte cromatica si addensa intorno al nucleo. Metodo di Nissl (da LUGARO).

Alterazioni subacute delle cellule si riscontrano in tutti i processi tossici a decorso subacuto, come quelli dell'alcoolismo, della pellagra, dell'uremia (fig. 29) e in certi casi di paralisi progressiva. Alle note del processo subacuto possono naturalmente sovrapporsi, mascherandole, le lesioni acute.

parsa delle cellule *morte* avvenga con estrema rapidità. A questo risultato contribuiscono talvolta manovre speciali di fagocitismo da parte della nevroglia (fig. 33); ma è forse più frequente che la dissoluzione si produca per azione della linfa circolante senza intervento di elementi migratori e fagocitari. Naturalmente, nei processi acuti e gravi le cellule morte e

Fig. 34. — Cellula piramidale gigante della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di [illegible]. In basso una zolla di pigmento.

Fig. 35. — Cellula di Betz della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza senile. Incipiente atrofia.

non ancora scomparse sono in numero maggiore; ma nei processi cronici fa impressione la loro scarsezza. Così nella paralisi progressiva la sostanza grigia è esposta ad enormi avarie, lo spessore della corteccia è assottigliato in proporzione persino del 50 per cento, ciò che si vede benissimo anche ad occhio nudo, e questa distruzione d'elementi nervosi è confermata al microscopio. Eppure, le cellule che si possono sorprendere nel

momento della loro massima dissoluzione sono in numero assai piccolo. La rapida scomparsa dei cadaveri cellulari è dimostrata all'evidenza dall'esperimento. Nell'occlusione temporanea dell'aorta addominale (per la durata di un'ora o poco più) si ha la necrosi della sostanza grigia nel midollo spinale, ma dopo 48 ore anche gli stessi cadaveri dei corpi cellulari che appartengono alle corna anteriori non sono più reperibili.

B) **Lesioni delle fibre nervose.** — La *fibra nervosa è soggetta* ad alterazioni *primarie e secondarie*: primarie quand'è colpita direttamente da un agente morboso, per lo più di natura tossica, che proviene o dal di fuori o dall'interno dell'organismo; secondarie quando cessa di risentire l'influenza trofica della cellula a cui fa capo anatomicamente, sia perchè la cellula non è più capace d'esercitarla, sia perchè la fibra ne resta in qualche modo separata. I due processi possono anche associarsi: se la lesione primaria è localizzata e così grave da sopprimere la permeabilità funzionale nel tratto di fibra alterato, si avrà rottura di continuità con la cellula d'origine come se la fibra fosse tagliata, e degenererà secondariamente tutto il tratto della fibra che sta a valle della lesione primitiva.

Fig. 11. — Cellula di Betz della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza senile; cellula atrofizzata, diffusione della sostanza cromatica, raggrinzamento e colorazione omogenea del nucleo.

Le *alterazioni primarie* possono manifestarsi sotto forma acuta o subacuta all'improvviso sopraggiungere di sostanze tossiche in quantità molto grandi. In questi casi, oltre alla mielina, è più o meno compromesso anche il cilindrasse, e la fibra può reintegrarsi o perire. Ma il caso più comune è quello dei processi primari che si svolgono sotto forma *cronica*: la lenta azione di sostanze tossiche, che spiegano affinità elettive sopra determinati sistemi di fibre, dà luogo alle *degenerazioni primarie sistematiche*.

Le degenerazioni primarie sono caratterizzate più specialmente da un processo d'*atrofia progressiva* della guaina mielinica, mentre il cilindrasse rimane per lungo tempo quasi integro. Così si spiega perchè la funzione sia piuttosto disturbata che abolita e perchè il reperto anatomico stia in disaccordo con l'esiguità dei sintomi clinici. Lesioni atrofiche di questo genere, cioè con relativa integrità del cilindrasse e con possibilità di rein-

Esempi tipici di degenerazioni atrofiche con carattere più o meno sistematico si vedono, per riguardo ai nervi periferici, nelle così dette *polineuriti* senili e in quelle degli alcoolisti. Per riguardo ai fasci del midollo spinale, le degenerazioni combinate (cordoni posteriori e fasci piramidali crociati) sono frequenti nella pellagra e nella paralisi progressiva. Secondo Tuczek anche nel campo del cervello si verificherebbe la possibilità di un'atrofia primaria con carattere sistematico sopra un sistema assai più esteso, quello delle *fibre tangenziali*, e ciò costituirebbe la lesione iniziale e caratteristica della paralisi progressiva; ma è assai verosimile che tale degenerazione non sia esclusivamente primaria e dipenda invece, almeno in massima parte, da alterazioni precoci di cellule.

Le *degenerazioni secondarie* si svolgono in maniera più tumultuaria. Morta la cellula d'origine, la fibra nervosa subisce un'alterazione che si propaga rapidamente in senso cellulifugo; e l'involuzione avviene con eguale rapidità in seguito al taglio od a qualunque altra interruzione che separi la fibra dalla cellula. Le fibrille del cilindrasse si sminuzzano in granuli; la guaina midollare si frammenta prima in segmenti ellissoidali, poi in goccioline sempre più piccole che diventano nere col metodo di Marchi. E tanto le goccioline di mielina come i detriti del cilindrasse vengono riassorbiti e in parte asportati meccanicamente: nei nervi periferici per l'azione delle cellule della guaina di Schwann e fors'anco per l'intervento attivo dei leucociti; nei centri per azione della nevroglia.

Nei nervi periferici può avvenire un processo di *rigenerazione*, perchè la degenerazione secondaria non dipende dalla distruzione della cellula d'origine. Nei centri è estremamente dubbio che quest'opera di riparazione possa, non che compiersi, nemmeno iniziarsi.

C) **Lesioni della nevroglia.** — Gli antichi metodi di colorazione, benchè non segnalino la nevroglia che in maniera affatto sommaria, avevano già dimostrato che la sua iperplasia colma i vuoti lasciati dalla distruzione degli altri elementi ed assume così il carattere d'un processo complementare. Il recente metodo di Weigert, che con ogni probabilità colora elettivamente *tutte* le fibre di nevroglia, rivelando le località in cui il loro intreccio è più fitto o più rado, non solo ha pienamente confermato questa legge di compensazione, ma ha messo in chiaro alcune interessanti particolarità del suo meccanismo. La nevroglia va facilmente incontro a *processi progressivi* ed a *processi regressivi* che rammentano le vicende del suo sviluppo normale e che da poco tempo in qua si conoscono con maggior precisione sia dal punto di vista patologico, sia dal punto di vista ontogenetico.

Fra le cellule della nevroglia, alcune non posseggono che brevi prolun-

gamenti protoplasmatici d'aspetto muscoso e risiedono di preferenza nello spessore degli strati corticali. Altre, col nome d'*astrociti*, emettono fibre colorabili col metodo di Weigert e creano così il materiale della *sostanza intercellulare*, che chiude, apre e traccia la strada alla formazione progressiva degli elementi nervosi. Queste fibre non appariscono che negli ultimi periodi dello sviluppo, quando le cellule di nevroglia hanno cessato di peregrinare e si sono fissate in una residenza stabile.

Nei processi di proliferazione patologica il corpo degli astrociti (di cui col metodo di Weigert non si vede che il nucleo) si emancipa dalle sue fibre e riacquista la primitiva capacità migratoria. Anche le cellule di nevroglia originariamente spoglie di fibre assumono l'aspetto e la funzione d'astrociti, concorrendo a questa specie di ripresa patologica della *phlogenesi* embrionaria. Parecchi fra gli elementi di entrambe le specie raggiungono anche individualmente proporzioni ipertrofiche e divengono *cellule mostruose* (*Monsterzellen* di WEIGERT). Il nucleo delle cellule mostruose, anch'esso ingrandito, subisce talvolta la scissione diretta. Così si formano nuove cellule di nevroglia, che a loro volta elaborano o secernono nuove fibre. Il reticolo di nevroglia si rende stipato, foltissimo, avvertibile anche macroscopicamente, e fra le sue fibre più o meno arruffate non si vede neppure un nucleo di cellula nervosa (fig. 34).

Nella fase della capacità migratoria le cellule di nevroglia acquistano, a quanto pare, anche proprietà *fagocitarie* che vengono esercitate a danno delle cellule nervose. Forse i corpi liberi degli astrociti non divorano che i piccoli frammenti di cellule già disfatte; forse assalgono cellule intatte, ma già gravemente indebolite, introducendosi nel loro interno e portandovi la disorganizzazione. In ogni modo l'iperplasia della nevroglia assume forme diffuse o localizzate a seconda che è generale o a focolaio la lesione distruttiva degli elementi nervosi.

Nei processi cronici, oltre all'iperplasia per sostituzione di elementi specifici eventualmente perduti, si ha un risveglio spontaneo di gliosi nelle località dove anche normalmente la nevroglia è più abbondante: sotto la pia madre (fig. 34), dentro allo strato tangenziale della corteccia cerebrale, intorno ai vasi, e nell'ependima, dove possono formarsi fittissimi tumoretti sotto forma di *ependimite granulosa*. Così si raccolgono spesso veri ammassi od isole di cellule nevrogliche in mezzo a territori di tessuto nervoso normale: *gliosi miliare della demenza senile*, *placche di gliosi della sclerosi tuberosa*.

D) **Lesioni dei vasi e delle meningi**. — Nel *cervello*, se si tratta di psicosi acutissime o comunque terminate con processi tossico-infettivi acuti, si scoprono abbastanza frequentemente *emorragie capillari*. Le

emorragie più vaste sono collegate ad alterazioni croniche e diffuse dei vasi e sopratutto a presenza di piccoli *aneurismi miliari* che hanno sede nelle piccole arterie. I vasi sanguigni vanno soggetti a processi di proliferazione cellulare come pure a processi regressivi che non di rado si associano. Un reperto singolare ed ancora discusso della patologia vasale è l'*infiltrazione parvicellulare* delle pareti, sotto il nome della quale si mescolano insieme fenomeni non sempre simili.

Nelle affezioni più gravi si ha *neoformazione* di capillari, non fosse altro allo stato rudimentale. La moltiplicazione delle cellule nell'*intima* può alterare il lume dei vasi, talvolta a segno da occluderlo: *endoarterite obliterante*. Ma spesso le cellule proliferate sono esposte a graduale regressione, ed allora lo strato dell'intima si assottiglia, i nuclei delle sue cellule sono meno colorabili, e il lume del vaso è dilatato. Tra i processi regressivi, i più comuni sono la *degenerazione grassa* e la *degenerazione colloide*, che interessano le varie tonache vascolari, specialmente l'intima e la media. Per deposito di sostanze solide è frequente, specialmente nei vecchi, la *calcificazione*, che interessa in particolare l'avventizia e che priva, dal più al meno, i vasi della loro elasticità. Queste alterazioni fanno capo all'*ateroma*, che è evidente anche macroscopicamente nelle grosse arterie della base e che costituisce il reperto tipico della demenza senile sotto il nome d'*arteriosclerosi cerebrale*.

Fig. 14. — Gliosi epilettica. Strato molecolare della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza epilettica. Lo strato di fibre superficiale ha uno spessore più che doppio del normale ed è fittissimo. La sovrabbondanza delle fibre si estende, attenuandosi, agli strati sottostanti. Metodo elettivo di Weigert.

L'*avventizia* è la sede principale delle infiltrazioni cellulari, che spesso fanno passare in seconda linea o nascondono addirittura i suoi processi degenerativi. Gli spazi linfatici dell'avventizia possono restare inalterati, malgrado la proliferazione, o subire enormi dilatazioni. Nel primo caso lo strato esterno della parete è ispessito e contiene molte cellule che rassomigliano alle normali, ma che potrebbero anche essere di provenienza esogena perchè i loro nuclei non sono, per esempio, molto diversi da

cialmente, fra la corteccia e la pia. La pia è anche la sede iniziale e il veicolo di processi che turbano profondamente e clamorosamente le funzioni psichiche, come le meningo-encefaliti.

La *dura madre* è molto esposta ai processi infiammatori che spesso determinano neoformazioni vasali ed emorragie. I vasi neoformati si identificano facilmente perchè nella dura normale non ve ne sono che pochissimi e sottili. Le emorragie si versano dalla superficie esterna: *extrameningee*; dalla superficie interna: *intermeningee*; o rimangono nello spessore della membrana: *intrameningee*. Quando s'incapsulano, prendono il nome di *ematomi*. Nella dura madre si sviluppano abbastanza frequentemente ossificazioni con adesioni al cranio, che fanno testimonianza di antichi processi infiammatori.

Lungo il seno longitudinale della dura madre si scorgono molto spesso i rilievi delle *granulazioni pacchioniane*. Le granulazioni di PACCHIONI sono masse papillari d'origine connettiva, che partono dalla pia madre e s'infiltrano nella dura, logorandola fino a perforarla; di là solcano il tavolato interno del cranio, che può esserne addirittura attraversato. Esse sono così comuni, che costituiscono un reperto insignificante; ma il loro numero e la loro grossezza aumentano in seguito ai processi d'infiammazione cronici.

III.

ALTERAZIONI EXTRACORTICALI ED EXTRACEREBRALI.

Le varie parti dell'encefalo possono presentare le traccie di processi del tutto analoghi a quelli che furono descritti per la corteccia e per le sue dipendenze immediate: precoci o tardivi, a focolaio o diffusi, cronici ed acuti, con localizzazioni varie alle cellule nervose, alle fibre, alla nevroglia ed ai vasi. Queste lesioni sono un indice e un complemento delle alterazioni corticali; e talvolta, senza diffondersi alla corteccia, bastano indirettamente a disturbarne le funzioni, chiudendo le vie d'accesso agli stimoli sensoriali o le vie di scarico agli impulsi volontari.

Il *midollo spinale* è sede frequente di lesioni concomitanti a lesioni cerebrali ed anche di lesioni autoctone, ma che sono cagionate da fattori analoghi a quelli che agiscono sulla corteccia. Perciò vi si osservano: alterazioni cellulari ed alterazioni di fasci, spesso sistematiche, talvolta anche combinate, che per lo più si devono a cause tossiche; e così pure alterazioni della nevroglia e dei vasi.

I *nervi periferici* vanno parimenti soggetti ad alterazioni acute, subacute e croniche, di carattere atrofico e degenerativo, che qualche volta

solo un semplice corso, altre volte entrano nel meccanismo della psicopatia o di qualche suo sintomo, per es. delle parestesie.

Gli *organi dei sensi* soggiacciono a tutte le alterazioni possibili. L'atrofia del nervo ottico è spesso il sintomo collaterale d'un processo morboso che è anche causa di psicosi. Lesioni esterne dell'orecchio danno luogo ad acusmi o si traducono in allucinazioni complesse, agendo come cause occasionali di delirî o di confusione mentale. Polipi nasali possono provocare accessi convulsivi con tutte le possibili complicazioni psicopatiche.

Il cranio è tuttora oggetto di misurazioni e studî altrettanto minuziosi che sterili. Dal punto di vista anatomo-patologico, esso presenta atrofia od ispessimento della diploe, esostosi, osteomi e fratture, che spesso costituiscono il movente della malattia corticale. Quanto alle irregolarità di forma ed alle varie accidentalità di sviluppo che si manifestano con rilievi, protuberanze ed avvallamenti, tutte queste anomalie non hanno importanza come causa di malattia o d'anomalia mentale che quando raggiungono proporzioni enormi, in modo che riescono avvertiti a prima vista anche sulla testa del vivo; molto più spesso esse non rappresentano nulla nel meccanismo genetico della malattia mentale, ma sono una manifestazione accessoria od un effetto collaterale d'un processo generale in cui risiede la vera origine della psicopatia.

La *macrocefalia* è un segno d'idrocefalo, specialmente se è accompagnata da brachicefalia (testa larga) e convessità frontale (fronte infantile). La *microcefalia* è il correlativo quasi immancabile d'un cervello mostruosamente piccolo. La *cimbocefalia* (depressione della regione bregmatica) rivela precocità di chiusura nella fontanella anteriore. La *plagiocefalia* (asimmetria fra le due metà laterali del cranio) è l'effetto d'un mancato parallelismo fra i processi di sinostosi che si compiono a destra ed a sinistra del piano mediano verticale. La *depressione della radice nasale*, frequente nel mixedema congenito e nel cretinismo, dipende da anticipata ossificazione della sinfisi occipito-sfenoidale. Anche l'ultra-brachicefalia come pure l'ultradolicocefalia sono indizi d'anomalie evolutive a base patologica. Invece non hanno che un valore etnologico la *dolicocefalia* e la *brachicefalia*, le cui formule numeriche esprimono uno dei caratteri più costanti e più infallibili della razza. È probabile che dall'infanzia in poi l'*indice cefalico*, cioè il rapporto centesimale del diametro biparietale al diametro antero-posteriore del cranio, si conservi inalterato durante tutto il periodo dell'accrescimento. Sebbene sia assai difficile verificare simile misura d'anno in anno sopra un gran numero di bambini o di adolescenti, senza mai perderli di vista fino all'età matura, tutto induce a credere che l'indice cefalico sia un carattere individuale della massima

frequenti anche nel cranio di persone psichicamente normali; e molte anomalie che passano come stigme degenerative non sono che l'espressione di lievi irregolarità o processi patologici, il cui significato non va preso oltre alla lettera. Perciò la presenza di stigme anche indubitatamente degenerative non può costituire un criterio d'inferiorità psichica nei singoli individui se non a titolo d'una lontanissima probabilità.

Tra i visceri: nei *polmoni* si osservano, oltre ai reperti ordinari: polmoniti per alterazioni del vago, che talvolta formano l'epilogo della paralisi progressiva (Hanot); polmoniti da inspirazione nei dementi, negli idioti, negli epilettici, nei maniaci che non tossono; occlusione delle vie aeree per ingresso di corpi estranei favorito da anestesia o dalla voracità dei malati (epilettici, paralitici, idioti). Nei catatonici, che non reagiscono agli stimoli esterni e che stanno abitualmente immobili, è frequente la *tubercolosi*.

Il *cuore* degenera negli stati di marasmo, che costituiscono il quadro finale di varie psicosi croniche. Si ha *ipertrofia del ventricolo sinistro* per varie cause spesso strettamente connesse con la psicosi: negli epilettici inveterati per eccesso di resistenze funzionali e transitorie nel circolo sanguigno; nei dementi per arteriosclerosi; nei paralitici per concomitanti lesioni renali.

Nei grossi vasi si notano ectasie, placche arteriosclerotiche, alterazioni sifilitiche, arteriosclerosi diffusa; nei piccoli vasi si trovano le medesime lesioni, indizio di quelle del tutto identiche che si riscontrano nel cervello o in organi molto solidali col cervello, come per esempio il rene.

Nello *stomaco* è assai comune la dilatazione fra i dementi cronici e gli idioti a motivo della loro voracità; il *catarro gastrico* negli alcoolisti; l'*atrofia delle mucose* nei casi di gastrite cronica così spesso associati a melancolia o ad ipocondria. L'*intestino* presenta alterazioni catarrali ed atrofiche assai frequenti nei marastici, cioè nella massima parte dei pazzi che muoiono al manicomio. L'*enterite pellagrosa* ha caratteri speciali che meritano la massima attenzione: forte atrofia, iperemia con ulcerazioni nel crasso e specialmente nel retto.

I *reni* sono sede frequentissima di alterazioni svariate, che a seconda dei casi sono la causa immediata o mediata della psicosi, e talvolta non ne sono che un fenomeno concomitante dovuto ad una causa tossica comune. Sono ben pochi i cadaveri di pazzi che non presentino alterazioni renali.

Il *fegato* e la *milza* portano non di rado le traccie di processi patologici che spiegano anche i disordini psichici. È noto volgarmente l'effetto psicotossico dell'itterizia. La *cirrosi epatica* è spesso il complemento dell'alcoolismo cerebrale. Il *tumore di milza* può documentare un'infezione che

CAPITOLO IV.

La sensibilità

FISIOLOGIA GENERALE DEI PROCESSI SENSORIALI E SENSITIVI

Gli organismi viventi hanno la proprietà di nutrirsi, di moltiplicarsi e di *reagire*. Reagire significa adattarsi, momentaneamente o durevolmente, alle novità talvolta effimere, talvolta permanenti che vengono ad alterare le condizioni in mezzo a cui vivono. Ogni reazione non è dunque che un cambiamento necessario od utile per la continuazione della vita. Nel protoplasma cellulare la proprietà di reagire si dice *irritabilità*. Negli organismi pluricellulari le reazioni si compiono attraverso al sistema nervoso, che segnala i fenomeni dell'ambiente esterno, e in questo modo si rende capace anche di sfruttarli o di resistervi con movimenti adeguati: attrattivi verso gli stimoli favorevoli, repellenti di fronte agli stimoli nocivi.

I primordi dell'organizzazione nervosa sono assai semplici. La massima parte delle variazioni esterne o non produce alcun effetto nell'animale o l'uccide senz'altro; vi è soltanto un ordine od un gruppo circoscritto di fenomeni che agiscono come stimoli e provocano una reazione speciale, sempre la stessa. Ad una funzione così elementare non è punto necessario un apparecchio complesso d'associazione in cui si svolgano processi coscienti. Basta che un certo numero di cellule o neuroni che chiameremo antropomorficamente sensitivi, ricettacoli di forza meccanica o chimica in stato di tensione, si sparga nel tegumento esterno e vada ad applicarsi con le sue terminazioni sopra un gruppo di neuroni motori, e si avranno quegli invariabili ed incoscî movimenti di retrazione o di prensione, di fuga o di avvicinamento, di cui l'animale ha bisogno per salvarsi o per nutrirsi. Quanto più l'organismo animale si perfeziona, tanto più è esposto alla varietà delle influenze esterne, e perciò si trova

nella necessità di ricorrere a nuovi adattamenti, ossia a reazioni sempre più differenziate e numerose. L'organizzazione del sistema nervoso si perfeziona anch'essa e dà luogo ad una moltiplicazione di meccanismi speciali, accentrati in masse gangliari, che agiscono l'una senza sapere dell'altra ed ignorando sè stesse: questo tipo di adattamento è raggiunto al massimo grado negli artropodi.

Ma a misura che la varietà delle reazioni aumenta ancora, bisogna che i meccanismi speciali cessino d'essere separati ed autonomi, e s'impone la formazione di un nuovo meccanismo sovrastante, generale e complesso. Ufficio di questo meccanismo è di poter dominare le vicende esterne, che sono tanti problemi presentati alla sua operosità, non più con reazioni stereotipate, ma con risposte adeguate ai singoli casi, mettendosi in rapporto e quasi assidendosi arbitro fra i meccanismi speciali che fanno capo ai gangli e che determinano i movimenti reflessi.

Vi è un punto oltre al quale il differenziarsi di nuovi meccanismi speciali diventerebbe dannoso. L'economia di spazio rende impossibile una simile moltiplicazione che, per far riscontro ai bisogni crescenti, non dovrebbe mai arrestarsi, e finirebbe col portare ingombro all'organismo, pregiudicando lo sviluppo e le funzioni di organi e tessuti diversi dal nervoso, ma ancora più necessari alla vita.

L'economia di tempo condanna come incongrua ai bisogni non solo incessanti e svariati, ma spesso anche del tutto insoliti ed improvvisi, una serie di meccanismi specifici che, per rispondere ciascuno al proprio ufficio, dovessero formarsi apposta e raggiungere nella filogenesi una perfezione altrettanto faticosa che lenta, forse quando il bisogno provocatore è già altrimenti risoluto o quando ne è scomparso il movente.

Per non restare sopraffatto dal numero e dalla volubilità degli stimoli, l'organismo deve dunque possedere od acquistare un meccanismo accentratore, a cui confluiscano le impressioni degli agenti esterni e donde possano diffondersi reazioni opportune, ma non prestabilite, anche di fronte a combinazioni inusate di stimoli. E così si provvede ai casi nuovi, così s'improvvisano gli attacchi e le resistenze che escono dal programma dell'automatismo biologico, così si padroneggia l'imprevisto. In luogo d'una congerie interminabile d'adattamenti speciali e commensurati, un'adattabilità generica e buona a tutti gli usi, con adattamenti d'occasione; in luogo d'un corredo di rapporti chiusi fra date azioni esterne e date reazioni nervose, un congegno di rapporti indefiniti fra un numero sterminato e sempre accresciuto di stimoli esterni e un sistema sempre più complicabile di reazioni nervose che sono il frutto d'una discriminazione cosciente e l'oggetto d'una determinazione volontaria corroborata dalla previsione delle conseguenze.

Il perfezionamento funzionale del sistema nervoso, in quanto unifica gli adattamenti reattivi in un organo assai complesso e capace di emanciparsi dalla tirannia delle reazioni obbligate, conduce necessariamente all'intelligenza, e si arriva passando appunto per la *sensibilità*. Questa organizzazione superiore del sistema nervoso, che si afferma massimamente nell'uomo, non esclude l'utilità delle reazioni reflesse. Ecco quindi la ragione della coesistenza in un sistema nervoso elevato dei centri inferiori per le reazioni reflesse e di centri superiori per le distinzioni e determinazioni coscienti: l'automatismo che vegeta e prospera accanto all'intelligenza.

Affinchè il sistema nervoso possa rispondere volta per volta in modo differente, è necessario che siano sentiti in modo differente i fenomeni esterni da cui sono determinate le sue reazioni; che ogni fenomeno si raccomandi possibilmente per qualche contrassegno e sfugga al pericolo d'andar confuso con gli altri, ossia di passare inavvertito; che insomma *le differenze obiettive* e talvolta assai minute, su cui è fondata l'individualità dei vari fenomeni, si traducano in *differenze subiettive*. Perciò occorre che i fenomeni siano decomposti nei loro singoli elementi e che il sistema nervoso, assoggettandoli ad un processo analitico, riesca ad isolare l'elemento o gli elementi differenziali, senza di che non potrebbe mai assurgere alla capacità di distinguere le incessanti modificazioni che presenta il mondo esterno, sia nei suoi momenti successivi, sia tra le varie sue parti in uno stesso momento.

L'azione fisiologica delle energie esterne è favorita dalle strutture che il sistema nervoso assume negli organi dei sensi e dovunque la superficie del corpo è esposta al contatto delle vicissitudini esterne. Ciascuna di tali strutture, diversissime fra loro, è straordinariamente appropriata a risentire un dato ordine d'energie, circoscritto con rigore, reagendo variamente alle minime differenze che si avverino in quella categoria ristretta di fenomeni, ma rimanendo muta ed inerte a tutti gli altri: per la luce i bastoncini e i coni della retina — squisitamente sensibili all'influenza chimica dei vari colori e distribuiti in una superficie estesa come una lastra fotografica; pei suoni le cellule ciliate di Corti — pronte a vibrare all'unisono con le varie note e forse graduate nelle dimensioni come strumenti musicali; pei contatti un gran numero di terminazioni più semplici, di fibre e non di cellule — appena sufficienti ad avvertire differenze quantitative di compressione.

I processi fisiologici d'analisi, che si compiono negli apparecchi periferici del sistema nervoso, devono conservare la propria individualità, prolungandosi per vie separate, fino all'apparecchio centrale, che è capace, raccogliendo le differenze tra i fenomeni dei vari ordini, di distinguerle.

tale con cui il sistema nervoso avverte uno stimolo semplicissimo d'una categoria determinata; si chiama *percezione* il processo per cui le sensazioni concomitanti sono integrate fra di loro e coi ricordi di altre sensazioni simili o dissimili, ciò che richiede un certo grado d'attenzione e permette d'inquadrare le immagini degli avvenimenti e degli oggetti nel tempo e nello spazio, di obbiettivarle nettamente nel mondo esterno, di utilizzarle come strumento di conoscenza.

La sensazione non ha che una esistenza teorica, perchè non si presenta mai isolata. Data la multiformità dell'ambiente esteriore, la molteplicità dei nostri apparecchi di senso e l'irresistibilità delle associazioni che si formano immediatamente fra le varie sensazioni simultanee o successive della stessa categoria od anche d'ordini diversi, praticamente anche le unità elementari dei sensi sono percezioni, e noi non possiamo raffigurarci le sensazioni che sotto forma di percezioni, riducendone i ricordi alla massima semplicità possibile o pensandole astrattamente, ma senza riuscire a raffigurarcele come frazioni del fenomeno percettivo.

Fra le varie immagini sensoriali e percettive si fanno distinzioni di qualità, di quantità, di coesistenza e di successione. Le distinzioni per qualità e quantità riguardano più specialmente le sensazioni semplici; le distinzioni per coesistenza o per successione si applicano largamente anche alle percezioni. Nei vari ordini di sensi hanno una parte preponderante singole specie di associazioni: le immagini visive e tattili sono coordinate nei loro elementi e con le immagini circostanti per rapporti di coesistenza; le immagini uditive, gustative ed olfattive si dispongono nei loro elementi e in rapporto con le altre immagini per ordine di successione. Così si disegnano e si fissano le linee di riscontro di cui ci serviamo per formarci la nozione pratica del tempo e dello spazio. Questa nozione empirica è indispensabile per orientarci in mezzo alle svariate impressioni dei nostri sensi, e si può paragonare ad un'impalcatura su cui disponiamo ed appoggiamo le nostre percezioni come pure i loro ricordi.

Senza la nozione empirica di tempo e spazio le immagini sensoriali e rappresentative cadrebbero nel vuoto e non sarebbe possibile di valersene come materiale di conoscenza: le percezioni sarebbero ridotte all'ufficio di stimoli semplici o grossolani, come la fame o il dolore, e la vita psichica non oltrepasserebbe la sua forma rudimentale che è appunto la sensibilità.

PATOLOGIA DELLA SENSIBILITÀ.

Fra i disordini della sensibilità e quelli dell'intelligenza vi sono rapporti di dipendenza nelle due direzioni; ma spesso si osservano rapporti

di semplice concomitanza perché una causa comune, per esempio una malattia diffusa dell'encefalo, del nevrasse o dell'intero organismo, colpisce in pari tempo le due categorie di funzioni. Non è infrequente il caso di alterazioni mentali con integrità di tutti i processi sensitivi, come tra i *melancolici*, i *paranoici*, gli *imbecilli*. E si danno esempi di lesioni anche gravi della sensibilità senz'alcun disturbo dell'intelligenza. La cecità e la sordità, se sono acquisite ed anche se sono congenite, purché compensate mercè l'educazione degli altri sensi, non influiscono sulle funzioni intellettuali. Le parestesie dei tabetici, il ronzio agli orecchi degli anemici e degli otitici, l'analgesia dei siringomielici non provengono dall'intelligenza e, di regola, non la disturbano. L'anosmia, l'ageusia possono essere dovute a cause periferiche, come la corizza, e del tutto insignificanti per la psichiatria.

Tranne le eccezioni che si verificano caso per caso, non c'è forma della sensibilità, dalla cenestesi alla vista ed all'udito, che non meriti da parte dell'alienista il più vivo interesse.

Cenestesi. — L'esercizio complessivo ed incessante delle funzioni sensitive, oltre alla somma delle notizie particolari che ci procura sul mondo esterno e sul nostro corpo, è sorgente perenne d'una coscienza *generale* e confusa, ma spesso assai attiva, che ci formiamo di momento in momento sulla validità funzionale dell'organismo in tutte le sue parti, anche in quelle che, ordinariamente ed allo stato d'integrità, non fanno mai sentire la propria voce. Una cenestesi perfetta ci dà un senso di benessere lieve, ma così profondo che sfida l'imperversare delle avventure esterne e prende il sopravvento sui dolori morali affrettandone la scomparsa. Una cenestesi alterata, anche se dipende da disturbi singolarmente poco avvertibili della sensibilità, produce uno scoraggiamento a cui non si sottraggono talvolta gl'individui normali e in buona salute. Certe oscillazioni moderate della cenestesi sono anzi un fatto volgare e quotidiano della vita biologica: il classico benefico corporale del mattino, un bagno caldo, l'improvvisa scomparsa dell'umidità atmosferica, il movimento d'un treno ferroviario, lo stato di perfetto equilibrio da parte delle funzioni sessuali modificano la nostra cenestesi e il nostro stato d'animo, accrescendo o diminuendo l'energia delle azioni. Dopo una malattia, la convalescenza dà momenti di benessere che rendono deliziosi gli atti per solito indifferenti, come la nutrizione, il respiro, il cammino.

Nei malati di mente spesso è alterato il rapporto tra la *cenestesi* e lo stato reale dell'organismo, sia perché il medesimo processo morboso ferisce in pari tempo i centri psichici e le sorgenti viscerali della sensibilità, sia perché un'irritazione locale dei centri somestetici risveglia sensa-

zioni vaghe, ma vivaci di malessere o di benessere che sembrano provenire dai visceri e sono erroneamente riferite ad essi.

La *paralisi progressiva* non risparmia mai i centri cenestetici e l'*euforia* graduale dei paralitici è uno degli indizi più sicuri per la diagnosi. I pochi paralitici che non presentano euforia vanno difficilmente esenti dallo stato opposto: un malessere tormentoso, continuo, indescrivibile li rende talvolta irritabili, accasciati, tristi per settimane e mesi interi senza un minuto di sosta, fino alla disperazione. Altre volte la disestesia generale si manifesta in modo più tenue e più indiretto, suggerendo *deliri ipocondriaci*.

Sono spesso euforici anche i *maniaci*, e talvolta i dementi senili per cause analoghe a quelle dei paralitici. Parimente, nell'involuzione senile si hanno momenti o fasi di *depressione spontanea*, che dipende da alterazioni cenestetiche d'origine centrale, e che rende più grave ed ostinata la *melancolia* dei vecchi. Nei *nevrastenici* un'iperestesia abituale della cenestesi determina uno stato di *depressione invariabile* che è forse il sintomo più caratteristico di questa infermità. Negli *amenti* in stato di confusione acuta la cenestesi è variabile, ma di tanto in tanto è notevole uno sgomento che è dettato dal senso di deficienza generale e più specialmente di deficienza mentale: i malati si accorgono di non percepire rettamente le cose o di percepirle a stento e, malgrado la difficoltà che provano ad esternare ed a concepire chiaramente le proprie idee, dipingono con frasi espressive l'imbarazzo e quasi lo stato di paralisi intellettuale in cui sentono di trovarsi, sebbene non lo possano capire pienamente. Gli *amenti* della forma *allucinatoria* sono invece quasi sempre affetti da *analgesia* generale di tutto il corpo.

Un'espressione importante della cenestesi è quella forma di sensibilità che si riferisce in genere al sistema muscolare od a buona parte di esso. Il *senso della fatica* manca completamente nei *maniaci*, che perciò moltiplicano la loro spesso inutile attività, vagano, gozzovigliano, si danno al chiasso durante la notte, e non si accorgono di disperdere pazzamente le loro forze e la loro salute. Un'esagerazione della *sensibilità alla fatica*, specialmente muscolare, è invece il sintomo quotidiano dei *nevrastenici*, che perciò sarebbero tratti a risparmiarsi, rinchiudendosi nel riposo: ma la continua scontentezza di sè stessi rende questi malati così pessimisti e timidi di fronte all'avvenire, ch'essi si rappresentano in modo esagerato i danni finanziari o morali dell'inattività, e finiscono per condannarsi volontariamente ad un superlavoro capace soltanto di aggravare il loro malessere.

Nel disordine della *cenestesi* che caratterizza gli stati di *depressione mentale* spuntano altre irregolarità del senso muscolare. Gli *amenti*, i pa-

estatici, gli alcoolisti si sentono leggieri e qualche volta si abbandonano ad illusioni assurde, come quella di volare, d'essere trasformati in sughero o in gas, di non esistere che spiritualmente.

Oppure si verificano lacune nel senso della personalità somatica: *dementi precoci*, *paralitici* credono che manchino loro le gambe, la testa, il cuore, lo stomaco. O si hanno alterazioni strane e sistematiche della cenestesi: l'intestino è otturato, il torace è fragile come il vetro, il corpo è impietrito, la lingua è discesa nel ventricolo, la statura è nana o gigantesca, le braccia sono smisurate, l'appetito pare od è insaziabile, la potenza sessuale pare od è straordinaria, la forza muscolare sembra o non è mai triplicata.

Le metamorfosi della cenestesi, succedentisi con una certa regola, accompagnano e forse determinano quelle alternative d'umore e di condotta che costituiscono la *pazzia circolare*. Un brusco e completo cambiamento nel modo di sentire sè stesso può rompere il senso della propria continuità e formar materia a delirî di mutata personalità o di sdoppiamento in due personalità alternanti. Talvolta il mutamento è così generale e profondo, che anche la memoria segue in parte le sorti della cenestesi. In certi casi famosi d'isterismo si notarono uno stato *primo* ed uno stato *secondo* della cenestesi, del carattere, della condotta, che si avvicendavano regolarmente nel corso della vita con antitesi perfetta di manifestazioni: i ricordi degli *stati primi* rimanevano sospesi durante l'imperversare degli *stati secondi*, e viceversa; insomma tutte le forme dell'attività psichica cambiavano d'indirizzo, come se due anime si fossero disputate il dominio d'un unico corpo.

Sensibilità tattile, termosensibilità, sensibilità dolorosa. — L'alcoolismo è causa frequente di neuriti che si manifestano con anestesie ed analgesie abbastanza estese, per esempio, della mano, dell'avambraccio, della faccia, per lo più sotto forma multipla, ma senza simmetria. Simili disturbi confermano l'origine alcoolica dei disordini mentali.

Fra i degenerati è frequente una certa insensibilità al tatto ed al dolore che si suol misurare col mezzo della corrente indotta (*algometria elettrica*). Occorre una corrente più intensa dell'ordinario perchè gli individui di questa specie riescano ad avvertirne la presenza; e ci vuole una corrente più intensa ancora perchè ne risentano dolore o cessino di sopportarne il contatto. Ciò non dipende da aumento di resistenza, ma da diminuzione di sensibilità, ossia da una inferiorità funzionale. La stessa inferiorità si riscontra normalmente nelle popolazioni primitive e nelle classi lavoratrici delle società civili. Essa si spiega in parte con le condizioni della pelle, esposta agli attriti ed alle lesioni d'un lavoro rude

e continuo, in parte con la mancanza d'esercizio, che diminuisce la squisitezza della sensibilità tattile.

Secondo Lombroso le donne, malgrado la delicatezza originaria ed acquisita della loro cute, sentono il dolore assai meno del sesso maschile. Di qui un marchio d'inferiorità antropologica che gli anti-femministi infliggono alle donne anche nel campo delle manifestazioni intellettuali. Agli occhi di costoro la genialità scientifica ed artistica di cui eccezionalmente ha potuto dar prova qualche donna, l'originalità, l'inventività, sono requisiti maschili; se si smarriscono per accidente in un cervello femminile, è in seguito ad un'aberrazione dello sviluppo, analoga a quella che produce la ginecomastia nei maschi. All'infuori di questi casi eccezionali, la donna sarebbe meno intelligente e meno sensibile dell'uomo.

Le *anestesie* e le *iperestesie* costituiscono una delle più caratteristiche fra le così dette stigme dell'isterismo e danno luogo alle zone isteriche. Si tratta di punti ed isole insensibili o dolorabili, di solito non più d'una, e che si localizzano al bregma, alla regione mammaria, all'inguine, od anche in altre parti, ma poco estese, del ventre, del torace, degli arti o della faccia. Ne presentano spesso, insieme a *parestesie*, anche i *nevrastenici costituzionali*. Le iperestesie del dolore vanno distinte dalle *topoalgie*, che sono punti non dolorabili, ma dolenti.

Queste zone isteriche hanno sempre un'origine centrale. Esse si manifestano come la proiezione centrifuga d'una rappresentazione più o meno cosciente, ossia d'una paura che dalle anomalie d'innervazione proprie dell'isterismo trae la capacità di esteriorizzarsi, ossia di contrarre un'associazione insolita e viziosa che non è possibile nei normali, nemmeno per uno sforzo di volontà. Qualche volta le anestesie e le iperestesie circoscritte non sono che il prodotto d'una suggestione involontaria da parte di medici zelanti e malaccorti.

Nei *maniaci* e negli *eccitati* è assai notevole l'insensibilità al freddo, per cui questi malati si scoprono in pieno inverno, passeggiano in camicia, tengono le finestre aperte sfidando le intemperie. Ma la causa d'una simile anestesia è puramente esterna; nell'agitazione d'una psicosi acuta si trascurano le eccitazioni esterne, come il dolore delle percosse e delle ferite nell'infuriare d'una rissa o d'una battaglia. I maniaci sono sempre in faccende, gli amenti navigano per lidi fantastici e non prestano attenzione alle vicende atmosferiche, nemmeno quando sono costretti all'immobilità nella cella d'un manicomio. Non per questo sono al riparo dalle conseguenze dannose del freddo, che anzi sono rese più gravi dall'imprudenza dei malati.

Nei *melanconici* la concentrazione ostinata sopra un'idea delirante o sopra un proposito sinistro paralizza la sensibilità dolorosa e viscerale.

odori disgustosi ed immaginari, che probabilmente dipendevano da irritazione del *trigemino*.

Udito e vista. — Prescindendo dalle allucinazioni configurate, l'udito e la vista possono presentare nei pazzi una serie d'irregolarità che non sono prive d'importanza. Nei *nevrastenici* e nei *paranoici* si ha talvolta *iperacusia*: Jules de Goncourt invocava con veri desiderî un po' di silenzio, tanto soffriva d'ogni più debole rumore. Le *isteriche* vanno soggette ad iperacusie ed a sordità passeggere: non v'è del resto alcun sintomo nevropatico che sia estraneo all'isterismo. Gli *acusmi*, sotto forma di ronzio, fischi, scrosci, sono frequenti negli *isterici*, nei *nevrastenici*, nei [illegible], ma non hanno valore psicopatico finchè si mantengono nei limiti di un'allucinazione elementare e d'un disturbo periferico.

Nel campo della vista è da notare l'ipoestesia retinica di alcuni *degenerati*, *imbecilli*, *criminali* che sopportano la luce intensa e sono capaci di fissare il sole. Le *discromatopsie* e la *diplopia* si presentano specialmente negli *alcoolisti*. L'*emianopsia*, oltrechè per lesioni a focolaio, può comparire transitoriamente per turbamenti funzionali ed unilaterali della corteccia visiva. Nelle *isteriche* si arriva addirittura all'*amaurosi*; ma è più frequente un lieve restringimento del campo visivo.

La cecità congenita, che del resto è abbastanza rara, non nuoce allo sviluppo dell'intelligenza quanto la sordità congenita che conduce al sordomutismo. Il sordomutismo, se non è compensato da una lunga e paziente educazione, restringe l'orizzonte psichico e spesso costituisce un terreno propizio alla pazzia; non di rado i sordomuti sono anche più o meno imbecilli.

Allucinazioni ed illusioni. — Le irregolarità che furono descritte or ora vanno considerate come errori di proporzione o lacune della sensibilità: esse rendono imperfetta la corrispondenza della nostra mente con l'ambiente esterno. Ma vi sono altre irregolarità che tendono addirittura a falsarla, e per la psichiatria hanno naturalmente un'importanza assai più grande. Nel primo caso le notizie che ci arrivano dal di fuori sono semplicemente incomplete od esagerate, e il danno che ne soffre l'intelligenza si limita alla *quantità* ed alla *misura* dei suoi acquisti. Nel secondo caso, invece, si ricevono informazioni erronee per *qualità*, si cade nell'allucinazione o nell'illusione; e l'intelligenza ne rimane, peggio che scemata, tradita, perchè si altera quella squisita corrispondenza della realtà esterna che è necessaria per orientarsi con rapidità e sicurezza sia nelle peripezie, sia nelle vicende quotidiane della vita.

preciso, che cambia il loro carattere e le schiera tra i fenomeni decisamente psicopatici. Le fotopsie degli alcoolisti diventano immagini d'insetti, di gnomi, di guerrieri lillipuziani o d'altre cose minute, multiple e semoventi che caratterizzano le visioni del *delirium tremens*. L'abbagliamento dell'aura *epilettica* può convertirsi in un'allucinazione complessa e sistematica, ripresentandosi al principio di ogni accesso sotto forma d'immagini sanguinose, di bandiere rosse, di teschi e di battaglie. Il ronzio, che è così frequente nella *melancolia* e nella *neurastenia*, può voltarsi nel suono preciso d'una voce umana o in figure verbali che mutano il significato morboso dell'allucinazione.

Le allucinazioni *formate* sono di vari gradi: *senza significato*, verbali o grafiche, ma inconcludenti; minacciose o lusinghiere con un significato preciso e complesso; associate ad allucinazioni congeneri d'altri sensi. Visioni indifferenti di cose e persone irriconoscibili si hanno nei primordi della *paranoia*, nella *demenza giovanile*, nell'*amenza*: ai malati sembra d'udire un susurrar di parole sconnesse, di vedere ombre, fiori, maschere che si disegnano sulle pareti o sul soffitto. Nei *paranoici* e nei *dementi precoci* non è rara l'allucinazione d'essere chiamati per nome o di udire una parola qualunque che viene ad acquistare un valore misterioso ed importante. L'ulteriore complicarsi del processo allucinatorio dà luogo a *visioni costanti*, a *figure parlanti*, a *dialoghi continuati*, in cui l'allucinato crede di ascoltare e di rispondere, alla perfetta *ripetizione del pensiero*.

Tra le allucinazioni che si riferiscono al linguaggio, hanno una posizione a parte le *allucinazioni psico-motrici verbali* (SEGLAS, TAMBURINI). Sono allucinazioni del senso muscolare, di cui rappresentano un caso particolare: i malati non sentono il suono della propria voce, ma credono di parlare, perchè negli organi motori della favella provano la sensazione dei movimenti fonetici. Si manifestano allucinazioni di movimento anche nei muscoli degli arti: si può credere di muovere un braccio, di camminare, di volare od averne almeno l'impressione. Questo fenomeno è molto raro, e pare che si presenti nei delirî erotici, all'infuori dei quali non fu mai osservato.

Certe forme di sensibilità sono costantemente risparmiate dalle allucinazioni in certe psicopatie o colpite di preferenza in certe altre; e ciò serve di criterio differenziale per la diagnosi. Le allucinazioni visive sono frequenti nell'alcoolismo, rarissime e forse impossibili nella *paralisi progressiva*. Le *isteriche* soffrono difficilmente di allucinazioni, ma piuttosto nel dominio della vista che in quello dell'udito. La presenza di allucinazioni in genere, specialmente visive, è rara tra i *paranoici*, ma frequente nei delirî paranoidi dei *dementi precoci*. Nella *paranoia* vera o man-

1.° Noi possiamo comprendere benissimo che un'irritazione periferica produca allucinazioni elementari come fotopsie, acusmi, parestesie; ma come si spiega per questa via l'emergenza di allucinazioni configurate e significative, di forme, di persone, di parole, di discorsi?

2.° Come si può concepire che stimoli diretti sui centri visivi producano immagini complete, mentre il centro visivo d'un emisfero non è capace di dare che una *mezza immagine*? È evidente che per ottenere questo effetto, cioè per determinare l'immagine completa di un oggetto non presente, sarebbero necessari due stimoli simultanei che si dessero l'intesa di cadere sulle due aree complementari dei centri visivi, e che fossero tanto intelligenti da disegnarvi sopra l'immagine dell'oggetto, metà nell'emisfero destro e l'altra metà nell'emisfero sinistro, come avviene nella visione normale e come dovrebbe avvenire anche nella rappresentazione mnemonica d'immagini visive, se la rappresentazione e la sensazione coincidessero nei medesimi centri corticali. Si comprende che ciò accada di fronte ad un oggetto presente od anche quando si tratta di rievocare le sue traccie mnemoniche, ma non per l'incontro fortuito d'un doppio stimolo patologico ed incongruo sui centri visivi.

3.° Se un'idea delirante riesce a destare nei centri sensoriali un'allucinazione corrispondente, perchè mai un'idea normale, che può certo raggiungere un'intensità non inferiore, dovrebbe essere incapace di dare origine ad un'allucinazione, volontaria od involontaria?

La patogenesi dell'allucinazione si rende assai più chiara ed accettabile, ammettendo che le immagini delle cose, come abbiamo indicato nel primo capitolo, siano percepite in un luogo e pensate in un altro. Che cosa sono le allucinazioni? Se prescindiamo dalle fotopsie, dagli acusmi e dalle parestesie, che si spiegano con l'irritazione locale dei nervi periferici e sulla cui genesi non si è discusso di sorta, le allucinazioni possono parificarsi alle rappresentazioni solo perchè si producono senza l'intervento d'alcuno stimolo periferico; ma per l'aspetto che assumono nella coscienza, esse si accostano assai più alle sensazioni. Questa rassomiglianza è così sorprendente da indurci in errore e da farci credere reali i fenomeni di cui il processo allucinatorio non ci offre che una finzione. Eppure le allucinazioni sono qualche cosa di assai nettamente diverso non solo dalle rappresentazioni, ma anche dalle sensazioni.

I più famosi calcolatori, giocatori di scacchi e ritrattisti, che emergono per la vivacità delle loro rappresentazioni visive e se ne valgono per eseguire calcoli, partite e ritratti a memoria, come pure i musicisti che sanno rappresentare l'istrumentazione di un'intera orchestra, non sono minimamente allucinati; essi non hanno bisogno di fare alcuno sforzo per accorgersi dell'enorme differenza che passa fra le immagini contemplate

mentalmente e le immagini reali, nè avviene mai che cadano in equivoco. Invece gli allucinati, anche quando l'immagine allucinatoria sia debole, perdono la nozione della sua provenienza interna, ed acquistano la convinzione o per lo meno il dubbio ch'essa abbia un riscontro nell'ambiente esterno. Ciò si osserva specialmente nei sogni, quando fantasmi scoloriti e senza forma sono scambiati per cose e persone reali. Insomma, l'allucinazione è sempre un fatto straordinario; e se il suo antagonismo di fronte alla sensazione risulta dal meccanismo d'origine, non è meno potente il contrasto che la separa dalla rappresentazione per ciò che riguarda l'aspetto subiettivo. Dire che sensazione e rappresentazione si formano nel medesimo centro è lo stesso che precludere all'allucinazione la possibilità di contrapporsi mai alla rappresentazione, salvo che in ragione dell'intensità. Ora, se la differenza tra sensazione e rappresentazione si riducesse ad una questione di misura, ci sarebbero termini di transizione fra i due fenomeni, e il loro antagonismo non riuscirebbe così deciso. Vi dovrebbero essere casi indeterminati, di *dubbio allucinatorio*, in cui l'intensità dell'immagine ha già sorpassato quella delle rappresentazioni ordinarie, ma non ha ancora raggiunto quella delle allucinazioni perfette; e l'incertezza d'apprezzamento tra il reale e il fantastico dovrebbe ricorrere frequentemente, anche nelle persone bene equilibrate, davanti ad ogni rappresentazione vivace e un po' più precisa delle altre.

Da alcuni anni a questa parte si tende ad ammettere che la sensazione normale non lasci di sè alcuna traccia nei due centri sensoriali, ma che, prolungando il suo cammino per vie *commissurali* e *controlaterali*, possa trasformarsi e registrarsi come *simbolo* in un centro transcorticale di rappresentazione. Di lì potrà essere rievocata come idea o come frammento d'una idea; ma non avverrà mai che riviva come sensazione se non si ripeta un'altra volta lo stimolo esterno. Ripetiamo ciò che abbiamo detto al primo capitolo: « I centri sensoriali della vista sono uno specchio, quelli dell'udito un risonatore, quelli della sensibilità cutanea uno strumento di segnalazione; e nulla più. Le rappresentazioni mnemoniche della realtà esterna e del nostro corpo si formano in altri centri (unilaterali?) allo stato di simboli, e sono *simboli diretti*. Dai centri di rappresentazione i simboli diretti possono salire a centri superiori per formarvi concetti più generali e più astratti: *simboli di simboli* ».

Quanto ai centri sensoriali, da soli, essi non sono in grado di dare alcuna immagine completa. Possono soltanto rifletterne, anzi le riflettono infallibilmente o col concorso della realtà esterna o col concorso dell'immaginazione. Ma in condizioni normali riescono a riflettere soltanto la realtà che si affaccia di fuori; per riflettere anche l'immagine mentale

natorio, dunque (forse) un fenomeno d'eccezione; ma perchè una causa patologica non potrebbe determinare a sua volta un effetto altrettanto eccezionale, anzi del tutto simile nel dominio delle fibre centrali?

Del resto non v'è bisogno d'ammettere che, per retrocedere ai centri di sensibilità, il processo funzionale debba ritornare sui propri passi lungo le vie centripete. Nei centri sensoriali, oltre ai fasci omolaterali e controlaterali che salgono in direzione transcorticale, vi sono fibre in arrivo che scendono dai centri superiori ed esercitano una funzione *centrifuga*. Quale sia questa funzione che nessun apriorismo fisiologico o psicologico avrebbe osato attribuire ad un sistema speciale di fibre, ma la cui esistenza è ratificata senz'ombra di dubbio dall'anatomia, non è facile indovinare. FLECHSIG considera le fibre in parola come *acceleratrici* delle sensazioni, RAMON Y CAJAL attribuisce loro un'*azione tonica* o dinamogena in rapporto col processo dell'attenzione. A mio avviso le due opinioni di FLECHSIG e di CAJAL si conciliano e si completano, se vengono poste entrambe sotto lo stesso punto di vista, quello dell'attenzione. Il processo dell'attenzione richiede appunto il concorso di influenze agevolatrici e d'influenze inibitrici ad un tempo. Ed un rimbalzo dell'onda nervosa può concepirsi pel tramite di queste fibre centrifughe senz'essere forzati ad immaginare ch'esse deroghino troppo dalle proprie funzioni abituali. Un'irritazione straordinaria, che metta le fibre retrograde in condizioni patologiche e le renda largamente accessibili a stimoli più deboli degli usuali, è dunque in grado d'aprire al fenomeno allucinatorio una strada già tracciata e naturalmente declive verso i centri sensoriali.

Una piccola minoranza di fibre *discendenti* si ritrova, con la costanza d'una legge, in tutti i fasci di *proiezione ascendente*. Ve ne sono tra la corteccia visiva e il corpo genicolato esterno; tra il corpo genicolato esterno e la retina; tra i centri olfattivi della corteccia e il lobo olfattivo; sulle vie secondarie e terziarie dell'acustico. Non vi è quindi da meravigliarsi che ne esistano anche al disopra dei centri sensoriali.

Supporre che la rappresentazione più o meno cosciente di un'immagine possa, in circostanze eccezionali, retrocedere ai centri sensoriali per *vie centrifughe*, la cui esistenza non è punto ipotetica, è una buona maniera di risolvere il problema dell'allucinazione senza violare la legge della polarizzazione dinamica. Così il meccanismo del fenomeno allucinatorio non richiede più, per rendersi spiegabile, che una condizione sola: la separazione di sede tra il processo sensoriale e il processo rappresentativo.

Se poi consideriamo le fibre centrifughe delle proiezioni centripete come dotate d'un potere regolatore sull'attenzione, e se immaginiamo che questo potere si esplichi normalmente in due modi diversi, cioè agevolando le

d'amenza, d'alcoolismo e, in genere, d'intossicazione, cioè ogni volta che si manifestano allucinazioni stravaganti, tumultuarie, senz'alcuna logica, è impossibile attribuire questa sindrome ad altra causa che non sia l'irritazione chimica della corteccia cerebrale. Ora noi abbiamo veduto che, identificando la sede dei processi sensoriali con quella dei processi rappresentativi, si doveva rinunziare ad ammettere un simile meccanismo, per non cadere nell'inverosimile. Le allucinazioni visive, dovendo prodursi *primitivamente* nell'area dei centri visivi, la sola disponibile, non potrebbero presentarsi che come un caso di *forme emianopsiche*, ossia d'immagini dimezzate, ciò che non si verifica mai.

Per determinare con questo procedimento anatomico un'immagine completa bisognerebbe, come già abbiamo notato, che due stimoli simultanei, *complementari* ed *intelligenti* si mettessero d'accordo e andassero a colpire i due emisferi cerebrali in modo da suscitare mezza immagine in ciascheduno; ciò che è assolutamente inverosimile, se non assurdo.

Ora, ammettendo l'autonomia del centro rappresentativo, cessa l'assurda necessità della doppia irritazione combinata. Siccome il centro rappresentativo è unilaterale, si potrebbe pensare che lo stimolo irritante (unico) agisca direttamente su di esso e che la rappresentazione nata in questo modo abbia la virtù che manca alle rappresentazioni normali, di ritornare alle proprie sorgenti, cioè ai centri sensoriali, formando l'immagine allucinatoria. Ma *è più giusto* ammettere che l'allucinazione nasca prima come idea o come simbolo o come frammento d'idea, cioè normalmente, e che il processo *morboso* cominci soltanto dopo, quando l'azione patologica si esplica sulle fibre di *conduzione*. Il che può avvenire in due modi: sia perchè diventano pervie *in senso contrario* le fibre afferenti che sogliono sollevare la sensazione al centro rappresentativo, sia perchè agiscono *in direzione ordinaria*, ma con effetti straordinari, le fibre efferenti che sogliono portare ai centri sensoriali (dall'alto) gli stimoli positivi ed inibitori dell'attenzione. Di queste tre varianti la prima (scartata) urta contro la difficoltà di concepire che un'irritazione inintelligente, per esempio d'un veleno, possa determinare una rappresentazione significativa. La penultima è contraria, come abbiamo più volte riconosciuto, alla legge della polarizzazione dinamica, per quanto non sia più il caso di pretendere in patologia il rispetto letterale di tutte le leggi fisiologiche. L'ultima versione è quella che soddisfa maggiormente. Essa implica l'acquisto da parte delle fibre irritate d'una *permeabilità morbosa* a stimoli che normalmente non le attraversano o che le attraversano bensì, ma in altre circostanze e con ben altro effetto. Infatti, se queste fibre efferenti, d'origine soprasensoriale, regolano il processo dell'*attenzione* (ed a che mai servirebbero altrimenti?), non è inverosimile che

greto; e spesso ne nasce un delirio, cioè che il pensiero, mediante congegni misteriosi, venga sorpreso e rubato. Questo sintomo sarebbe inesplicabile se il pensiero e la sua ripetizione allucinatoria si svolgessero nel medesimo luogo; bisognerebbe ammettere uno stimolo reiterato che la prima volta producesse il pensiero silenzioso e la seconda volta l'allucinazione. In tal caso non si capisce perchè il primo stimolo dovrebbe determinare un effetto subiettivamente così diverso dal secondo; nè perchè gli stimoli si ripetano sempre a coppie e mai per serie più lunghe.

Il meccanismo del pensiero ad alta voce si chiarisce quando invece si ammetta ch'esso cominci fisiologicamente nel centro rappresentativo e che di là venga respinto, per un processo di regressione patologica, ai centri dell'udito. La ragione per cui quest'unico pensiero è sentito in due edizioni così diverse, cioè prima come un pensiero *silenzioso* e di lì a poco come una *voce altrui*, è riposta appunto nella duplicità della sua localizzazione. Se la localizzazione fosse sempre la stessa, come si dovrebbe ritenere secondo i dettami della fisiologia classica, il fenomeno subiettivo non potrebbe sdoppiarsi che per una reiterazione di stimoli. In tal caso l'effetto che si produrrebbe non potrebbe mai essere l'allucinazione d'un pensiero nostro ripetuto da altri; ma si avrebbe, salvo qualche eventuale differenza d'intensità, o la rappresentazione di due pensieri eguali e nostri, oppure la sensazione di due voci eguali e non nostre.

Vi è da domandarsi perchè mai, se l'immagine allucinatoria è preceduta da un pensiero analogo, non debba presentarsi sempre come una copia fedele, vera o falsa, di ciò che avevamo pensato. Eppure in generale non è così. Per lo più l'allucinazione è o sembra priva di qualunque rapporto col pensiero del malato. Forse la rapidità con cui la ripercussione sensoriale suol succedere, negli allucinati, alla rappresentazione non lascia loro il tempo d'avvertire l'idea-modello su cui è foggiata l'allucinazione; e la coscienza della ripetizione non si avvera che quando la successione è assai lenta. Fors'anche, il più delle volte, avviene un'altra cosa: la rappresentazione che degenererà in una immagine allucinatoria si trova fuori del campo dell'attenzione od all'estremo limite, ed è così estranea al corso principale del nostro pensiero che non sembra appartenerci. Tanto meno noi riesciamo dunque a riconoscere come nostra l'idea fuggevole, aberrante, forse addirittura incosciente, che ha sfiorato per un momento la scena del nostro pensiero, quando ci apparisce sotto il suo travestimento allucinatorio. Ed ecco perchè il senso dell'allucinazione è così spesso *indifferente, triviale, inaspettato, enigmatico*, contrario alle abitudini ed al carattere del malato, che lo ripudia o lo considera come un'imposizione artificiosa o ne rimane meravigliato.

rendendo nulla l'opportunità economica d'un unico centro rappresentativo e diminuendone per conseguenza l'utilità, già abbastanza problematica, ne abbia anche impedito la formazione.

Ben differente è l'aspetto con cui si presenta il quesito delle allucinazioni per ciò che riguarda la vista e l'udito. Qui è tutt'altro che infrequente il caso delle *allucinazioni congiunte*.

Gli stimoli irritanti che potrebbero risvegliare l'attività dei centri visivi ed uditivi non possiedono tanta sapienza da disegnarvi figure viventi e da costruirvi suoni verbali e significativi; ma nulla ci proibisce di pensare che un'azione morbosa apra alle rappresentazioni già esistenti le strade d'un regresso anormale, a capo del quale riprendono l'apparenza vivace e ingannatrice di sensazioni.

A questo modo non v'è idea, normale o patologica, astratta o concreta, intensa o quasi incosciente, che non possa trasformarsi in allucinazione. Il concetto generico d'una persecuzione inspira, per un processo d'associazione normale, l'immagine rappresentativa di un'insidia specifica; e l'immagine rappresentativa, per un effetto di retrocessione patologica, diventa un'immagine sensoriale, cioè un'allucinazione. Così si spiega l'accordo in cui si trovano non di rado le allucinazioni coi deliri e col carattere diffidente od ambizioso o mistico dei soggetti allucinati. Non solo dunque si possono avere allucinazioni configurate, ma anche *allucinazioni subordinate* al pensiero e che rivelano una certa ragionevolezza formale.

Allucinazioni combinate. — Qualche volta, specialmente tra i paranoici, si verificano allucinazioni, per esempio, di *figure parlanti* che implicano il concorso della vista e dell'udito, e che si spiegano come un caso particolare delle precedenti. Si tratta cioè d'immagini complesse ed evidentemente ispirate da un pensiero. Le allucinazioni combinate risultano dal connubio di due rappresentazioni che degenerano in una doppia sensazione dopo essersi formate a loro volta come la conseguenza secondaria di un'idea superiore.

Dovremo credere che anche il passaggio da un'idea superiore ad una o più rappresentazioni particolari costituisca un regresso patologico? E, traducendo in termini anatomici, concluderemo che la corrente nervosa debba percorrere la distanza fra due centri corticali in una sola direzione e precisamente dai più bassi ai più alti? Nemmeno per sogno: l'esercizio ordinario del pensiero dimostra che, se l'induzione, portandoci alla conoscenza di leggi sempre più generali, è il processo più elevato dell'intelligenza, non è punto da disprezzarsi il processo opposto, che ci permette di scendere dai concetti generali (nostri od altrui) alle applicazioni, agli

Allucinazioni d'origine periferica. — Le immagini elementari che si formano nei centri sensoriali per eccitamento di nervi periferici non hanno nulla di comune con le vere allucinazioni. I fosfeni che si producono toccando il bulbo oculare, il bagliore che accompagna la recisione del nervo ottico, gli acufeni che s'aggiungono alle otiti, i sibili, gli scrosci, i suoni più o meno musicali che si ottengono nell'esperimento di BRENNER, galvanizzando il nervo acustico, le parestesie provocate da irritazioni morbose dei nervi sensitivi, non sono fenomeni morbosi, ma reazioni normali ad uno stimolo anormale. In ognuno di questi casi le allucinazioni, purchè non oltrepassino il grado d'immagini rudimentali, sono perfettamente legittime: non è la loro presenza, ma la loro mancanza che potrebbe costituire un documento patologico a carico del cervello. Segnalare un'irregolarità che effettivamente si compie in un punto lontano non è la stessa cosa che commetterla; e i centri sensoriali, quando liberano nella coscienza un'allucinazione d'origine periferica, non fanno che l'ufficio di segnalatori imparziali. L'allucinazione periferica, come il *dolore*, è un processo insolito, ma naturale e del tutto estraneo alla psichiatria.

Nondimeno, avviene qualche volta che queste sensazioni insolite, ma non morbose, suggeriscano idee. Se il cervello che ne è sede non presenta anomalie o processi morbosi, le idee suggerite potranno essere giuste o sbagliate, questo poco importa, ma non saranno psicopatiche. Se invece dalle allucinazioni d'origine periferica nasceranno deliri, come del resto ne nascono spontaneamente o per effetto di sensazioni affatto normali ed ordinarie, vuol dire che il cervello non si trova in condizioni normali. In questo caso non è difficile che, tra gli altri sintomi d'una perturbazione mentale, si verifichino anche quelli che favoriscono la produzione d'immagini allucinatorie. Le allucinazioni più o meno complesse che si determinano allora possono prendere a prestito il loro tema dalla sensazione insolita che, arrivando dalla periferia del corpo per via normale, ha attirato sopra di sè l'attenzione dell'anomalo o dell'infermo. Ci troviamo dunque dinanzi ad un caso particolare di allucinazione configurata e subordinata al pensiero, dove la così detta *allucinazione periferica* non è che un semplice agente provocatore.

E infatti, sono innumerevoli gli esempi di persone che per settimane e per mesi soffrono senza interruzione di acufeni per ateromi o per otiti, di fotopsie per congiuntiviti od emicrania, di parestesie per mille cause diverse, e che sono ben lontani dal presentare allucinazioni vere e tanto meno il più piccolo indizio di delirio. Possiamo quindi concludere che vere allucinazioni d'origine periferica non esistono. L'allucinazione propriamente detta è sempre un processo d'origine *transcorticale*: una rappresentazione retrocessa e patologicamente convertita in sensazione.

gestioni d'origine transcorticale e vi porta il contributo di un'indicazione spaziale in rapporto con l'orecchio sinistro. Da questa rappresentazione complessa, verificandosi nelle fibre cerebrali le condizioni necessarie al processo allucinatorio, si avrà facilmente un'allucinazione, il cui riferimento all'orecchio sinistro è l'effetto dell'acusma. Certamente, l'incontro d'un acusma uniauricolare con uno stato che potrebbe dirsi di disposizione allucinatoria nel senso dell'allucinazione vera e complessa è qualche cosa di non molto facile a verificarsi; ma appunto perciò le allucinazioni unilaterali e composte dell'udito sono un fenomeno abbastanza raro, mentre gli acusmi, bilaterali ed unilaterali, sono un fenomeno dei più comuni.

Illusioni. — Il meccanismo delle allucinazioni, come l'abbiamo descritto, si attaglia senz'alcuna difficoltà alle illusioni. È noto che l'illusione fa nascere un'immagine deformata, ma non interamente falsa, della realtà; essa è un miscuglio di sensazioni reali, ma spesso deboli, nebulose, indistinte, incomplete, e di rappresentazioni con carattere allucinatorio che vengono ad integrarle erroneamente. Un processo d'integrazione analogo, ma inconsapevole e senz'errore, si effettua ad ogni atto di percezione, e corrobora l'immagine attuale con una fugace apparizione di ricordi similari che ci permettono di meglio distinguerne le minute particolarità e i loro reciproci rapporti. Nell'illusione l'immagine attuale, in luogo di fondersi armonicamente coi ricordi similari, è integrata da un preconcetto incongruo che, per giunta, assume un'evidenza allucinatoria. Questa parvenza è l'effetto della regressione che riconduce gli elementi rappresentativi ai centri sensoriali, e l'illusione non è altro che un'allucinazione parziale.

Conclusione. — La teoria che ho esposto, commisurandola alle varie manifestazioni con cui si presentano le allucinazioni nella clinica e fuori della clinica, e specialmente a quelle che finora rimanevano inesplicate o in contrasto con gli ultimi dati della fisiopatologia cerebrale, offre alcuni vantaggi che si possono brevemente riassumere.

1.° Il fenomeno allucinatorio acquista anche obbiettivamente, cioè nel suo meccanismo fisiopatologico, quella fisonomia decisa e ben netta che lo caratterizza subbiettivamente, e che non permette di confonderlo col processo di rappresentazione. L'allucinazione non è una rappresentazione *spasmodica*, ma anzi differisce dalla rappresentazione per qualità e per sede. Per ciò che riguarda la quantità, si possono verificare allucinazioni anche assai deboli, come sono qualche volta quelle dei sogni e quelle della vista) che scompariscono aprendo gli occhi.

2.° L'origine di tutte le allucinazioni genuine è *transcorticale*; e le

allucinazioni di provenienza *periferica*, finchè non siano completate da un coefficiente soprasensoriale, non hanno nulla di comune con esse, non sono allucinazioni *genuine*, non vanno calcolate come un fenomeno psicopatologico.

3.° Il meccanismo dell'allucinazione consiste nel *regresso* d'una immagine più o meno complessa, più o meno cosciente che dalla zona psichica cade nei centri di sensibilità donde era venuta, e così assume di nuovo l'aspetto preciso d'una sensazione, tanto da essere scambiata per realtà.

4.° Questo meccanismo si compie soltanto in *condizioni patologiche* od *anormali*, ma senza scariche epilettoidi, *per vie anatomicamente idonee* al collegamento *centrifugo* della zona psichica o soprasensoriale coi centri corticali di pura sensibilità, quantunque d'altra parte queste stesse vie siano normalmente destinate ad altre funzioni più o meno determinabili.

5.° Data la separazione di sede fra i processi di rappresentazione e quelli di sensazione, si concepisce che un'allucinazione, essendo subbiettivamente identica ad una sensazione, occupi l'identica porzione di corteccia e *si spartisce fra i due emisferi*. Ma perchè ciò avvenga, non è più necessario ammettere che due stimoli irritanti abbiano agito sulla corteccia in modo simultaneo, complementare ed intelligente, cosa inverosimile e quasi assurda, specialmente nel caso delle allucinazioni visive (che, dato uno stimolo isolato e grossolano, dovrebbero presentarsi unilateralmente e quindi sotto forma emianopsica). Invece, si può credere senza difficoltà che i centri di sensibilità, comunque siano eccitati, reagiscano sempre con immagini precise, vivaci, ma effimere: fisiologicamente, rispecchiando la realtà che sta fuori di noi; patologicamente, rispecchiando sotto forma più rinforzata e realistica il riflesso della realtà, che sta dentro di noi, ma in altro territorio della corteccia.

6.° Allo stesso modo si spiega il meccanismo delle allucinazioni *combinate* in genere; di quelle che risultano dalle *combinazioni* di più immagini appartenenti a forme di sensibilità diverse; delle allucinazioni *subordinate* al pensiero e quasi *logiche*; delle *illusioni*; e infine di quella singolarità, che è la *ripetizione sonora*, ma immaginaria del pensiero.

Insomma, vi è un punto comune fra la classica teoria di TAMBURINI e la presente: l'identità di sede, se non d'origine, tra i fenomeni sensoriali e gli allucinatori. Sensazioni ed allucinazioni hanno dunque *loro sede negli stessi centri corticali*; è vero, ma a patto che siano messe fuori di casa le rappresentazioni. A questa maniera le allucinazioni vengono a guadagnare un'individualità propria. Per la loro provenienza transcorticale, esse sono ex-rappresentazioni (più o meno coscienti); pel loro determinismo patologico, sono un'associazione aberrante, straordinaria, regressiva; pel loro aspetto subiettivo e per la sede corticale in cui si svolge

tendo in giuoco i due processi d'analisi e di sintesi che abbiamo indicato; per esempio dalle idee concrete d'azzurro, di verde, di rosso si separa l'elemento identivo comune, e si giunge all'idea astratta di colore, che viene ad essere l'astrazione di più astrazioni meno complesse. Si può salire ad un grado di astrazione più elevato, prendendo di mira l'elemento comune tra colore, odore, consistenza ed altre astrazioni diverse, e così si forma l'idea di *qualità fisica*. Le astrazioni più elevate si dicono, senza precisione di limiti, *nozioni generali*.

Durante la veglia, l'attività della coscienza è continua, ma la successione dei processi identivi non segue un ordine rigorosamente logico, perchè è frequentemente interrotta dall'accidentalità degli avvenimenti esterni. Il nostro pensiero si decompone in una serie innumerevole e discontinua di ragionamenti incominciati e non finiti od abbreviati, in ogni modo assai semplici e senza legame reciproco. Per ciò l'attività rappresentativa è logica a frammenti; ma nel suo andamento generale è piuttosto alogica, a meno che non intervenga a disciplinarla l'influenza dell'attenzione, che è una specie di raccoglimento volontario. Questa influenza, che mettiamo in opera nel parlare, nell'ascoltare e nel meditare, chiude la coscienza alle impressioni distrattrici e così favorisce lo sviluppo interno delle idee lungamente concatenate.

Il pensiero ordinario si compie prevalentemente per immagini di varia specie, ed è un vero caleidoscopio, alla cui formazione concorrono tutti i sensi specifici in combinazioni assai variabili. Invece il pensiero logico si compie quasi esclusivamente pel tramite d'una classe particolare d'immagini, cioè delle immagini verbali. Le parole, per l'abitudine che abbiamo di servircene comunicando con gli altri, diventano un surrogato pratico delle idee anche di fronte a noi stessi. La loro corrispondenza convenzionale con le idee, che arriva fino alle sfumature più delicate, ci dispensa dalla necessità di evocare volta per volta e ad ogni passo del movimento meditativo quei complessi d'immagini, che sono originariamente racchiusi in ogni idea e specialmente nelle idee più astratte; e ci permette di rappresentarci in loro vece una serie omogenea d'immagini assai più semplici e più precise, che ne diventano il simbolo. Così il pensiero logico corre sciolto e senza intoppi per mezzo di contrassegni verbali dietro ai quali non appariscono che a tratti e pallidamente le larve delle immagini originali, e noi non pensiamo idee, ma più spesso pensiamo parole.

Le immagini mnemoniche tendono a seguirsi ed a combinarsi tra loro e con le immagini primitive od attuali secondo certe leggi d'attrazione reciproca, che sono conosciute col nome di *associazioni psichiche* e che abbracciano: 1.° i rapporti di contiguità nello spazio (coesistenza), 2.° i rapporti di contiguità nel tempo (successione), 3.° i rapporti di somi-

glianza, 4.° i rapporti di causalità, 5.° i rapporti di contrasto, che solo in patologia mentale acquistano qualche volta un certo interesse, ma che si possono riguardare come l'aspetto negativo dell'associazione per somiglianza.

Le rappresentazioni che si associano nella nostra coscienza sotto le forme che abbiamo accennato sono sottomesse a questa legge d'affinità reciproca per una sola ragione: che i fenomeni a cui si riferiscono sono vincolati a loro volta nella realtà da rapporti obiettivi e paralleli. In altre parole, le leggi d'associazione poggiano sul *principio di corrispondenza* per cui i processi intellettuali si modellano sul mondo reale (SPENCER).

Nella forma d'associazione per contiguità (di spazio e di tempo) il nostro spirito riproduce, s'intende a frammenti, l'*ordine concreto* della realtà. Nella forma d'associazione per somiglianza noi verifichiamo fra le rappresentazioni simili gli elementi comuni, ossia l'esistenza d'un rapporto ideale, che ci conduce facilmente all'*astrazione* e ci permette, se non la riproduzione letterale, una prima classificazione della realtà, che è come un *codice per materia* dei suoi vari fenomeni. Ma non possiamo raffigurarci con qualche vigore, nemmeno parzialmente, l'*ordine teorico* dei fenomeni esterni, che applicando l'associazione per causalità.

D'altra parte, questo processo mentale, che ci fornisce il mezzo d'argomentare, anche senza vederli, gli effetti dalle cause e le cause dagli effetti, presuppone le due associazioni di successione e di somiglianza. Infatti, per cogliere il legame causale fra due fenomeni, bisogna averne riscontrato in primo luogo la *successione*, in secondo luogo la *costanza*, ciò che richiede la nozione dell'identità o per lo meno dell'analogia fra una successione e le altre, ossia l'uso dell'associazione per somiglianza. In grazia di questa sintesi, nasce la convinzione subiettiva che la successione dei due fenomeni sia inevitabile e quindi che la causa e l'effetto si richiamino per una *necessità obiettiva*. Questa legge di necessità obiettiva, che dovrebbe costituire in certo modo il meccanismo della realtà esterna, non è in fondo che un nostro adattamento subiettivo (HUME), una specie d'ipotesi tradizionale che tutti accettano come dimostrata; e infatti, abbia o no una corrispondenza assoluta col mondo reale, l'ipotesi o principio di causalità ci rende immensi servigi, perchè ci permette i processi d'*induzione* e di *deduzione*, con cui conquistiamo anche quei brani di realtà che non vediamo.

Da quanto si è detto, è chiaro che le due associazioni di contiguità realizzano il principio di corrispondenza nella forma più semplice e per dir così letterale; che l'associazione di somiglianza, suggerendo le idee astratte e indicandoci la costanza di certi rapporti, fornisce alla nostra coscienza

le formule abbreviative dei fenomeni reali e il mezzo indispensabile per giungere all'associazione di causalità; e infine che quest'ultima è il processo più sintetico ed efficace per mettere in atto, con qualche larghezza e profondità, l'adattamento della nostra attività rappresentativa alla realtà esterna.

L'attività logica rientra nelle leggi associative in quanto esercita una selezione, fra le molte idee che tenderebbero ad associarsi, su quelle che si riferiscono a fatti uniti in *legame necessario e seriale*, eliminando dalla *coscienza* i fatti accidentali o, comunque, estranei alla serie. Quest'operazione intellettuale presuppone sempre un'idea direttiva da cui si parte (deduzione) od a cui si tende (induzione) e costituisce il *ragionamento*. Tutte le forme d'associazione hanno vigore sulle idee come sui loro simboli, le parole, che si *richiamano* fra di loro senza bisogno d'essere risvegliate una per una dalle idee corrispondenti; *ciò che ci* permette, fino ad un certo punto, di dire una cosa e di pensarne un'altra.

Questo è, in breve, il quadro di quei processi d'ideazione che, elevandosi dalla semplice percezione fino alla *previsione* ed allo studio, costituiscono il lato conoscitivo dell'intelligenza. I sentimenti ne formano, come vedremo, l'altro lato, il lato più intimo e più personale.

PATOLOGIA DELL'IDEAZIONE.

Le irregolarità dell'ideazione sono naturalmente uno dei due cardini, ed anzi il più caratteristico della clinica psichiatrica, e si possono raggruppare prendendo in considerazione la *rapidità* d'associazione, il *valore logico* delle idee, la loro *quantità assoluta* e il loro *ordinamento*.

1.° Riguardo alla *rapidità* con cui le idee si associano, si hanno casi di *accelerazione* e di *rallentamento* con e senza turbamento dell'ordine e della qualità.

2.° Riguardo al *valore logico* delle idee, lo vediamo alterato *esclusivamente*, cioè senza disordine generale e profondo di tutti i processi mentali, solo nelle *ossessioni* o nei *deliri sistematizzati*.

3.° Riguardo alla *quantità assoluta* o patrimoniale delle idee, essa può acquistare significato patologico per la sua *scarsezza* originaria od acquisita, come nelle forme d'imbecillità e di deterioramento mentale.

4.° Riguardo all'*ordine* di associazione i processi ideativi possono dar luogo alla *confusione mentale* o *sindrome amenziale* ed alla *incoerenza cronica* o *sindrome demenziale*. E in questi casi è obnubilata anche la coscienza, e le idee sono spesso alterate anche nella loro quantità e soprattutto nella loro qualità.

attenzione aspettante ossia d'una sovreccitazione affettiva. Quando aspettiamo con qualche impazienza in mezzo alla folla un amico che ritarda all'appuntamento, è facile che la rassomiglianza anche lievissima d'un passante qualunque ci procuri per un momento l'illusione di veder arrivare l'amico: evidentemente la rappresentazione mentale di colui che aspettiamo si fonde, in sintesi frettolosa, coll'immagine attuale e parzialmente simile del passante ignoto (che ha comune coll'amico la statura, l'incesso, la barba o il cappello); e si ha così un'anticipazione di giudizio che dà origine all'errore. Nei maniaci con accelerazione dei processi ideativi l'esaltamento affettivo, inspirando ai malati una grande confidenza in sè stessi, fa le veci dell'attenzione aspettante e conduce frequentemente ad illusioni palingnostiche del tutto caratteristiche, per esempio davanti ad una scolaresca numerosa.

Il *rallentamento* dei processi ideativi è spesso congiunto alla sofferenza psichica, come nella melancolia. Però il grado di lentezza nell'associazione delle idee non è rigorosamente parallelo al grado della sofferenza psichica. Anche gli stati d'insensibilità affettiva o di apatia, che caratterizzano il mixedema e certe forme d'amenza attonita, si associano comunemente ad un ritardo dell'ideazione, che non la cede per nulla a quello dei melancolici, ed anzi in questo suo intimo legame con l'indifferenza sentimentale guadagna proporzioni quasi incredibili, fino a richiedere dieci o venti secondi per la risposta monosillabica a domande fra le più semplici.

La lentezza delle idee non determina errori diretti nella loro natura o nel loro ordine, ma può favorirli, perchè non è senza influenza sull'estensione e sul contenuto del campo ideativo. Quando il corso delle idee è rallentato, non si ha mai quella dispersione dell'attività psichica che si è notata negli stati d'acceleramento, e che talvolta conduce a propositi inopportuni o poco seri; ma d'altra parte, siccome una certa porzione degli avvenimenti esterni sfugge all'attenzione dei malati, questa riduzione dei loro processi percettivi rende più difficile la compensazione delle lacune e la rettificazione degli errori, se ve ne sono.

Mentre la celerità dell'ideazione spinge alla verbosità, il suo rallentamento induce a parlar poco, con lunghe pause ed esitazioni, a voce sommessa e soltanto in seguito a stimoli molto vivaci oppure ad interrogazioni categoriche ed insistenti. Questi fatti si osservano spesso negli amenti attoniti e qualche volta, in grado superlativo, nei melancolici nei quali, del resto, più che la lentezza delle idee, agiscono altre cause, come il timore, la vergogna, il dolore, che inibiscono meno il pensiero che la parola.

IDEE PREVALENTI.

Un'idea completamente isolata non è mai patologica in sè stessa. A stretto rigore non esistono alterazioni delle idee che possano riferirsi esclusivamente al loro contenuto. Infatti la fantasia ci permette di raffigurarci qualunque idea od immagine, anche le più insulse o le più assurde, senza uscire dai limiti dell'ideazione normale: basta all'uopo che tali immagini o tali idee rimangano allo stato di semplici rappresentazioni mentali.

I limiti della normalità vengono oltrepassati quando le idee puramente fantastiche contraggono rapporti anomali col pensiero coordinato, ciò che altera il loro valore logico. Quest'alterazione avviene in due maniere: 1.° quando un'idea inutile, diventando oggetto d'una preoccupazione intempestiva, fa pressione continuata e sistematica sui processi logici, e così indebolisce o compromette la loro successione naturale; 2.° quando certe idee, che si trovano in evidente contraddizione con la realtà, diventano materia di certezza o di dubbio, falsando in modo incontestabile e grossolano i risultati dell'attività logica. Nel primo caso i malati ragionano a sbalzi, tempestosamente, ma non sono nè alogici, nè illogici; nel secondo caso ragionano male, sono decisamente illogici.

Sotto questo aspetto si sogliono prendere in considerazione due specie di fenomeni psicopatici: le *idee fisse* e le così dette *idee deliranti* (meglio *convinzioni deliranti*). Fra le une e le altre vi sono non poche e profonde differenze, il cui antagonismo costituisce una nozione fra le più precise e le più pratiche della psichiatria, ma anche alcuni caratteri comuni che Wernicke consacrò nella denominazione unica di *idee prevalenti* (*überwertige Ideen*). Tanto l'idea fissa come la convinzione delirante brillano di luce propria in coscienze più o meno lucide, dove non trovano e non portano mai uno scompiglio totale; anzi diventano centro d'irradiazione ad una sindrome sistematica, poco variabile, e d'altra parte così circoscritta, che non senza ragione ha potuto ispirare il concetto della pazzia parziale (monomania) ora quasi interamente abbandonato.

IDEE OSSESSIVE.

È merito di Westphal (1877) d'aver messo in rilievo il diversissimo valore psicopatico delle sindromi che rimanevano ancora superstiti nel naufragio delle antiche monomanie, contrapponendo le *idee fisse* alle *convinzioni deliranti*. Coi nomi d'*idee fisse* o *Zwangsvorstellungen* (Westphal), *idee coatte* (Buccola), *idee incoercibili* (Tamburini), *idee ossessive* (Pitres

e Régis), tutti assai espressivi ed equivalenti, s'intendono certe rappresentazioni che per il loro contenuto non avrebbero nulla d'insolito e tanto meno di morboso, ma che acquistano valore morboso per l'insistenza spasmodica con cui s'intromettono abitualmente, come un *tic* ideativo, nel corso naturale del pensiero. Le idee ossessive (per lo più in numero d'una o due) non nascono dal ragionamento e non riescono a penetrarvi; hanno il potere d'interromperlo, ma non di corromperlo; sono e restano allo stato di rappresentazioni alogiche e casuali, che appena comparse dovrebbero svanire per mancanza d'utilità e d'interesse; eppure ritornano, forzando e ingombrando il campo della coscienza, spettri temuti ed ostinati, qualche volta respinti con successo, ma sempre pronti a nuove invasioni. Queste apparizioni disturbano più specialmente i processi logici, in mezzo ai prodotti dei quali figurano come un corpo eterogeneo, che non può assimilarsi, e che perciò non giungerà mai a formar parte integrante della personalità psichica, anzi si troverà con essa in aperto conflitto. Vincitrice o vinta, a seconda dei momenti, l'idea fissa non fa che guadagnare di forza ad ognuna di queste battaglie; nasce e vive del suo contrasto con la personalità del malato; e non tramonta che appunto quando cessa ogni ragione di contrasto. L'espressione *follia del dubbio*, con cui è stata descritta una modalità speciale d'idee fisse, si adatta assai bene anche a tutte le altre, appunto perchè il dubbio non è in sostanza che l'espressione logica d'un conflitto interiore.

Per conoscere il meccanismo di *formazione* dell'idea fissa bisogna approfondire i suoi rapporti con la personalità del malato. In che consiste il contrasto? Nel fatto che l'idea ossessiva non è voluta. E perchè non è voluta? Perchè è riconosciuta sterile e vana. Tuttavia l'idea fissa persiste e il contrasto si rinnova; perchè? Perchè esso è alimentato da una forza cieca, incoercibile e perenne, che lo rende inevitabile; e questa forza, che costituisce la causa più remota e fondamentale del fenomeno, è uno stato passionale.

Non si deve dimenticare che le idee ossessive assumono quasi sempre la forma d'una *monofobia*; per lo meno sono facilmente riducibili al concetto di fobia. L'*agorafobia* o *Platzangst*, è il timore di cadere attraversando senza sostegno una piazza (Westphal); la *claustrofobia*, al contrario, è il timore di soffocare negli spazi chiusi (Verga), per esempio nei *tunnels*; l'*acrofobia* è la paura delle altezze (Verga); l'*ereutofobia* la paura d'arrossire (Pitres e Régis); la *dismorfofobia* quella di diventar deformi (Morselli); la *patofobia* è l'angoscia di chi, stando bene, almanacca in maniera continua ed incoercibile l'eventualità d'una malattia; la *tafefobia* è il terrore del seppellimento prematuro per morte apparente (Morselli); la *misofobia* è l'orrore, comunissimo e tormentoso, dei con-

rabile, senz'essere affatto giustificato dalle condizioni effettive dell'apparato sessuale. Questo stato d'animo è assai penoso non solo per le privazioni che impone ad un istinto imperioso, ma anche per le umiliazioni che minaccia all'amor proprio. Spesso i malati cercano d'ingannare gli altri, se non sè stessi, ostentando scrupoli estetici, morali od igienici che non hanno. In realtà la loro astinenza non è figlia nè dello scrupolo nè dell'indifferenza, ma del vivo desiderio di *riuscire* unito alla viva paura di *non riuscire*. Questa condizione psichica di dubbio angoscioso diventa tanto più irrimediabile quanto più è suffragata successivamente da esperimenti infruttuosi; ma in origine è sempre determinata da una monofobia gratuita e puramente a priori. Una prova decisiva che il dubbio è irragionevole e in opposizione con la validità funzionale dei soggetti ci è data da quelle sotto-specie d'impotenza psichica che si manifestano sistematicamente solo di fronte a certe circostanze, a certe donne od a certe classi di donne.

Questi fatti clinici non hanno nulla di comune coll'orrore della donna o con altre simili aberrazioni dell'istinto sessuale, perchè non consistono nella deficienza o nel pervertimento degli ideali erotici, ma semplicemente nell'impotenza — vera o temuta — di realizzarli. Ed una tale impotenza è qualche volta in ragione inversa del desiderio. In altre parole, l'alterazione non interessa direttamente l'istinto sessuale, che in genere è corretto e tutt'al più un po' acuito, ma scaturisce dalla sua interferenza con la fobia corrispondente.

Ognuna di queste fobie contiene sempre due elementi costanti e caratteristici. Anzitutto, l'idea fissa che ne è l'oggetto si riferisce ad avvenimenti possibili; in secondo luogo essa si rinnova senza posa, benchè d'altra parte gli avvenimenti pensati siano estremamente *improbabili*. Per la loro possibilità teorica le idee ossessive si presentano in cervelli relativamente sani; per la loro improbabilità vengono riconosciute per morbose e quindi combattute. Donde mai traggono la tenacia combattiva per cui giganteggiano e ingombrano il campo della coscienza, malgrado le resistenze della ragione e della volontà?

La chiave del fenomeno è appunto lo stato emotivo, come fu ben dimostrato da Pitres e Régis. Si tratta di un'iperestesia specializzata dell'affettività, che ha per base una *debolezza parziale* e che si risolve in una monofobia. La debolezza parziale può essere costituzionale od acquisita, ed è il sentimento fatale e fantastico, o per lo meno assai esagerato, d'una impotenza personale. Per camminare, per respirare, per orientarsi allo scuro, per mantenersi in equilibrio, per inibire il rossore della vergogna, per crescere regolarmente, per non ammalarsi, per non morire, per non lasciarsi seppellire vivi, per non toccare assolutamente nulla d'immondo,

ci vuole una *forza*, o una *fortuna*, o un'*attenzione*, che possono benissimo mancare. La paura morbosa d'una simile mancanza fa dunque *sentire* come probabile, anzi come imminente, ciò che la ragione del malato e quella degli altri sono d'accordo nel *giudicare* come semplicemente possibile. Se si compone il dissidio fra il sentimento e la conoscenza, se il pericolo è sentito affettivamente nella stessa misura con cui è apprezzato intellettualmente, l'idea ossessiva scompare. E infatti: o l'idea è temuta come merita, cioè assai poco o punto, e in tal caso perde ogni carattere patologico, non si ripete più e rientra nel novero delle idee comuni, ciò che significa la guarigione; o l'idea comincia a venir apprezzata in ragione dei timori che desta, ossia come obbiettivamente non meriterebbe, e in questo secondo caso il suo carattere patologico è completamente mutato, essa non è più un'ossessione, ma un vero e proprio delirio o la frazione d'un delirio, ciò che indica uno stato psicopatico del tutto differente.

Perciò gli stati ossessivi risultano da una disarmonia, costituzionale o transitoria, fra l'intelligenza e lo stato affettivo. In quest'alterazione di rapporti, la parte patogenetica che spetta allo stato affettivo è di gran lunga la più importante. L'intelligenza non fa che fornire dapprima il tema dell'ossessione e contrapporle di poi quella resistenza logica, che è ufficio indeclinabile d'una mente normale. È il carattere che produce l'ossessione con le sue irruenze paurose. L'errore sta nel pigliare sul serio un'idea teorica e indifferente, nata nella penombra del pensiero logico, sta nell'aver paura, non già nel pensare astrattamente quell'idea e tanto meno nel condannare come insensata quella paura. E infatti l'intelligenza degli ossessionati non è soltanto lucida, ma conserva quasi sempre il tipo e l'energia fisiologica; gli ossessionati non sono che dei pusillanimi. La loro infermità dovrebbe studiarsi dal punto di vista sentimentale e trattarsi come un'alterazione affettiva. Ma siccome si riferisce a timidezze del tutto parziali e specializzate, le quali hanno per materia un'idea e non possono descriversi che in termini ideativi, così è indispensabile, per distinguere tutte queste paure, di designarle secondo il loro contenuto rappresentativo e di riguardarle come irregolarità dell'ideazione.

Accade qualche volta anche a persone normali di non riuscire a scacciare dalla coscienza un'idea importuna. Spesso quest'azione perturbatrice proviene da una frase musicale che ci ronza nella memoria con la molesta insistenza d'una zanzara, fino a sopraffare la nostra attenzione volontaria. Spesso è l'idea di un'azione improvvisa, contraria al nostro egoismo e suggerita da una situazione che la renderebbe assai facile per poco che la volontà ne secondasse l'esecuzione; così, trovandoci affacciati al parapetto d'un belvedere, ci balena ripetutamente l'idea di precipitarci;

contemplando una macchina potente, sentiamo lo strano impulso d'introdurre la mano fra gli ingranaggi d'una lucida ruota in movimento. Il fascino insidioso di queste idee ossessive non deriva da un pervertimento dell'intelligenza; esso è il prodotto d'una rilassatezza momentanea che è imputabile al carattere, ossia ai sentimenti ed alla volontà. È il carattere soltanto che può oscillare così; e ciò avviene per effetto della stanchezza o di un'alterazione effimera della cenestesi; mentre l'intelligenza, non soggetta a fatica e forte dell'inesauribile tributo che le portano i sensi specifici, ignora per sè queste eclissi e non traligna che quando è decisamente deforme o profondamente sconvolta.

Le ossessioni furono divise in tre gruppi: 1.° intellettuali o puramente rappresentative; 2.° emotive, cioè con la complicazione d'uno stato affettivo; 3.° impulsive con suggestione ad un atto. In realtà anche le più indifferenti fra le idee incoercibili ricevono dalla loro incoercibilità, o meglio dalla coscienza che ha il malato della loro incoercibilità, un colorito emotivo che, come abbiamo dimostrato, è la vera causa dell'ossessione. Persino l'ossessione aritmetica e l'ossessione interrogativa, che sono certamente fra le più inoffensive, perderebbero il loro sapore psicopatico e la loro tendenza a rinnovarsi, se non fossero accompagnate da un certo grado d'orgasmo. L'intensità e la gravità dell'ossessione non dipendono dalla natura del contenuto rappresentativo, quanto piuttosto dalla frequenza con cui si ripetono gli attacchi. Una rappresentazione indifferente od un impulso innocente, come quello di lavarsi le mani (misofobia) o di guardarsi allo specchio (dismorfofobia), provocano, se spesseggiano, una reazione e talvolta una disperazione assai più viva di certe ossessioni terribili o criminose che si riproducono a lunghi intervalli. Contro quest'ultime si possono mettere in opera, per iniziativa degli stessi malati, impedimenti materiali che non valgono di fronte alle pure rappresentazioni: per esempio, vi sono ossessionati che si presentano da sè stessi al manicomio od alle carceri, che si fanno legare o sorvegliare dai loro parenti, che nascondono di propria mano tutte le armi per non essere tentati d'adoperarle.

Ciò posto, non è il caso di distinguere le ossessioni in più di due gruppi. Le ossessioni semplici si mantengono nei limiti di pure rappresentazioni incoercibili; le ossessioni complesse contengono un impulso ad azioni ridicole, indelicate o criminose, e non sono che un corollario delle rappresentazioni. Non per questo è da riguardarsi come un'ossessione qualunque impulso morboso. Al contrario, gli impulsi morbosi come si verificano negli incoscienti, negli epilettici, nei maniaci, nei paralitici, nei dementi non sono punto d'origine ossessiva; in questi impulsi improvvisi l'azione esplode automaticamente, senza contrasti, senza coscienza, senza penti-

Per tutte le ragioni che abbiamo sviluppato, bisogna escludere la possibilità di vere idee ossessive in quelle malattie mentali che sono accompagnate da diminuzione anche lieve della coscienza. La *panofobia*, che è così frequente nelle forme di melancolia angosciosa e che così di sovente prelude al raptus o ad altre fasi confusionali con gravi alterazioni della coscienza, non è a rigor di termini una *fobia*, perchè la paura di tutto non lascia alcun posto alla *reazione critica*, che è tanta parte dell'ossessione e che è possibile solo nei casi in cui il pensiero logico sia disturbato, ma non sospeso.

Malgrado l'espressione di *paranoia rudimentaria* o *paranoia abortiva*, con cui si è cercato di battezzare l'anonima psicosi delle ossessioni (che in fondo non è altro che nevrastenia, per lo più costituzionale), si deve ritenere innaturale la metamorfosi delle *idee fisse* in *convinzioni deliranti*. Perciò le idee ossessive non si ritrovano mai o quasi mai nella paranoia, che anzi costituisce una garanzia d'immunità di fronte a tutte le manifestazioni di nevrastenia. Il cervello d'un paranoico, facile alle conclusioni precipitose e presuntuose, non è terreno adatto alle emozioni spasmodiche che generano, accompagnano e rinforzano le rappresentazioni incoercibili.

Quei malati nei quali è stata notata la successione delle ossessioni e delle convinzioni deliranti, e si è creduto di scorgere un processo di proliferazione dalle une alle altre, sono in generale *dementi giovanili* o *ebefrenici*. Ma in questi casi l'origine dei due sintomi è indipendente: l'idea ossessiva è figlia della nevrastenia prodromica che spesso apre la scena della demenza giovanile; l'idea delirante (piuttosto un dubbio od un'esitazione che una vera convinzione) nasce invece quando la nevrastenia è svanita, come espressione della decadenza mentale.

Un giovane di 18 anni ammala coi sintomi della nevrastenia. Per vari anni soffre di parestesie, dimagramento, grande facilità alla stanchezza muscolare e mentale, insonnia, irascibilità e fobie diverse. Ha orrore dei metalli, anelli, spilli, monete, rasoi, cesoie, e si lascia crescere la barba, i capelli e le unghie piuttosto di tollerarne il contatto; teme l'elettricità ed il fulmine, ed è preso da inquietudine alla vista d'un rocchetto od alla minima minaccia di pioggia; finalmente è disturbato nei propri studi, a cui attende col massimo impegno, da una cicatrice indolente ed antica della mano, che costituisce la sua ossessione più continua, malgrado qualche trattamento anestetico ed anche dopo la correzione chirurgica. Dopo circa tre anni il quadro è mutato completamente: il malato è grassissimo, si dichiara una *demenza giovanile* con apatia ed incontinenza delle feci, e le fobie sono del tutto scomparse.

La presenza d'idee ossessive ha una notevole importanza per la diagnosi. Questo sintomo è incompatibile con la massima parte dei disordini mentali più profondi, come l'incoscienza, l'incoerenza, lo stato confusio-

male, il delirio sistematizzato, ed anche con certi disordini lievi, come l'acceleramento dei processi ideativi. Date tutte queste incompatibilità, l'ossessione non si presenta che in un numero strettissimo di malattie: 1.° nelle psicosi lucide, come la nevrastenia costituzionale, l'isterismo e la melancolia di lieve grado; 2.° negli episodi nevrastenici di quelle malattie che, esacerbandosi, possono portare qualche leggiera perturbazione psichica, come sarebbero la tabe dorsale e la tisi polmonare; 3.° nel preludio lucido e non ancora definito di certe psicosi involutive come la paralisi progressiva e la demenza giovanile, che, appena acquistano la propria fisonomia caratteristica, lasciano per strada l'ossessione. Se le idee ossessive non tollerano il consorzio d'altri sintomi psicopatici, tranne la depressione affettiva, è ben difficile che vadano accompagnate da alterazioni della sensibilità e della vita vegetativa. Questi indizi bastano quasi sempre a stabilire la malattia che sta a base dell'ossessione.

CONVINZIONI DELIRANTI E DELIRÎ DELIRANTI.

Il vero contrapposto clinico dell'idea ossessiva è la convinzione delirante. Mentre l'idea ossessiva è oggetto di dubbi più o meno angosciosi, la convinzione delirante è materia di certezza dogmatica. L'ossessionato è un esitante e sa di essere ammalato; il delirante è un intransigente che non ammette discussioni nè sulle proprie credenze, nè sul proprio stato mentale. L'uno non è in dissidio che con sè stesso; l'altro è in guerra aperta ed evidente con la verità e quindi con l'opinione di tutte le persone normali. L'idea ossessiva nasce e rimane fuori della personalità cosciente dei malati che la combattono senza tregua come un elemento intruso; la convinzione delirante nasce dal nucleo più intimo della personalità, la compenetra come un suo elemento integrante e finisce col signoreggiarvi.

L'espressione più completa della *convinzione delirante* è raggiunta dai *paranoici*. Questi malati prendono a norma di condotta opinioni fantastiche che sono suggerite dalla passione ed accettate senz'alcuna verifica. La loro credulità e la loro cocciutaggine sono circoscritte all'argomento del delirio, mentre nelle altre materie i giudizi dei malati non si allontanano dalla norma. Perciò il carattere morboso dell'idea delirante non proviene soltanto dal suo contenuto strano, ma soprattutto dalla fede cieca ed ardente che i malati vi annettono. E infatti le convinzioni deliranti, poco numerose, sono collegate con una certa apparenza di logica, in modo da formare un contesto che prende appunto il nome di delirio sistematizzato.

L'argomento dei deliri sistematizzati si riferisce sempre agli interessi personali e fondamentali dei malati: alla conservazione dell'individuo ed

alla riproduzione della specie. Così si spiega l'uniformità di questi delirî, che infatti sembrano copiati da un malato all'altro sopra non più di cinque o sei varianti, sempre le stesse in tutte le epoche e in tutti i paesi. E così si spiega anche la singolare cecità con cui malati lucidi e non privi d'abilità dialettica possono piegarsi a credenze di un'assurdità madornale. Queste credenze appagano istinti e passioni poco distinte, ma profonde e prepotenti, che appunto per la loro intensità eccezionale non sono suscettibili d'adattamento nei rigidi termini della realtà esterna ed esorbitano nel campo dell'inverosimile.

Tutta l'attività biologica degli esseri organizzati è rivolta alla difesa dai nemici e dalle azioni nocive; anche gli atti aggressivi o d'offesa non sono in fondo che un mezzo di difesa preventiva. Il *delirio di persecuzione* rappresenta un pervertimento dell'istinto di difesa, una formula erronea ed abbreviata, ma precisa e chiara di quel terrore passivo che, operando sulle collettività, ha generato le superstizioni e le religioni degli uomini primitivi. I malati si credono vittime di vessazioni che, col cambiar di nomi e di meccanismi, non cambiano di natura: essi immaginano d'esser tenuti d'occhio, canzonati, accusati, avvelenati, stregati, violati nel loro corpo e nel loro segreto mentale per opera di personaggi ora reali, ora fantastici, ora riuniti in congreghe, gesuiti, massoni, saltimbanchi, anarchisti, ora isolati, la cognata, Bismarck, il sultano, il dottor Fritz, che applicano all'uopo mezzi naturali e soprannaturali, la fisica, i raggi Röntgen, il magnetismo, l'ermeneutica, l'etere telefonico, le polveri speciali, i riti cabalistici.

Il *delirio ipocondriaco* non è che una sottospecie del delirio persecutorio: è la paura che indietreggia nelle sue ultime trincee a difesa dell'incolumità corporea. Il *delirio ambizioso* o *delirio di grandezza* è anch'esso un pervertimento (in eccesso) dell'istinto di difesa, che si svolge in senso aggressivo. Invece di credersi in stato di guerra guerreggiata con gli altri uomini o con la natura, i malati s'illudono, malgrado l'umiltà della loro posizione reale, d'essere investiti d'una supremazia trionfante, ed arrivano fino al cambiamento della personalità, a proclamarsi principi, dotti, santi, profeti, la Madonna, Gesù, la regina Saba, a insignirsi di cognomi aristocratici o di nomi inventati, Luigi XXX, Barolomo I, Alessandro X. Salvo la diversità della conclusione, inspirata in un caso al pessimismo nell'altro all'ottimismo, tanto il perseguitato che l'ambizioso tradiscono la stessa preoccupazione parassitica per la propria integrità e felicità individuale, la stessa tendenza alle interpretazioni egocentriche, le stesse analogie di pensiero coi primitivi.

Il *delirio religioso* e il *delirio erotico* sono le due varietà più importanti del delirio ambizioso, plagi involontari di quegli errori o di quelle aberra-

dità mentali che regnarono endemicamente nelle società primitive. I paranoici religiosi sprezzano le religioni tradizionali e predicano soltanto la propria, cercando d'imporne i freni piuttosto agli altri che a sè stessi. I paranoici erotici si figurano d'essere legati in matrimonio mistico con donne altolocate e inaccessibili, che non hanno mai visto o che non esistono.

I deliri sistematizzati sono in gran parte l'effetto d'una suggestione passionale. E appunto perchè le passioni fondamentali dell'uomo non subiscono che minimi mutamenti, sussiste questa somiglianza di *fantasie* fra il paranoico e il primitivo; con la differenza che il paranoico se le crea solitariamente da sè stesso quando la passione si fa più intensa, mentre il primitivo le riceve per tradizione e per contagio psichico in circostanze ordinarie.

Un'espressione specifica della difesa e dell'offesa insieme si rinviene nel *delirio di pretensione* o *delirio dei querulanti* che, credendosi minacciati nei propri diritti, si trascinano di tribunale in tribunale, ed esauriti i procedimenti legali, si trovano in contrasto coi poteri costituiti o colla società intera: esempio tipico di perseguitati persecutori. Talvolta il delirio di pretensione scompare e ricompare periodicamente nella fase maniaca delle psicosi cicliche.

Malgrado il loro tema altruistico, s'inspirano ad un ridicolo egocentrismo anche i deliri *pseudo-scientifici*, *inventori*, *umanitari*, *utopistici*, ne*fasti* di quei mattoidi che nella loro superba indipendenza dal senso comune si dimostrano individualisti non meno accaniti dei paranoici con delirio personale.

Un delirio collaterale, che spesso si associa a quello di persecuzione o prelude a quello di grandezza, fu ben descritto da CARPENTIER sotto la denominazione molto appropriata di *delirio di difesa*. Fra i perseguitati puri, che hanno soltanto dei nemici, e gli ambiziosi genuini, che hanno soltanto dei vassalli, i paranoici con delirio di difesa adottano una posizione intermedia, immaginando di fronte ai propri nemici una serie di *alleati*: la classe medica, le dame dell'aristocrazia, i signori, gli spiriti benefici, Giovanna d'Arco, la regina d'Italia, l'imperatore.

Le convinzioni paranoiche, quando raggiungono il loro pieno sviluppo, conducono al cambiamento della *personalità*: i malati si credono dotati d'una nuova personalità, sempre superiore alla vera, o di due personalità simultaneamente. Con la stessa immodestia, ma senz'alcun lavorio precedente dell'immaginazione, il delirio di mutata personalità si presenta anche in altre psicosi sotto forma paranoide.

Tutti questi deliri, che formano il ciclo classico della paranoia, sono spesso alimentati da allucinazioni uditive, gustative, olfattive, più di rado visive.

Le allucinazioni possono precedere le convinzioni deliranti od anche seguirle; ma è ben difficile verificare s'esse ne siano piuttosto la causa o l'effetto. Per lo più i due fenomeni sono indipendenti, e l'unico loro legame psicogenetico consiste in questo, che le allucinazioni, qualunque ne sia l'argomento, hanno il potere di ribadire il delirio. Infatti, col loro fascino misterioso, esse familiarizzano sempre più i malati con gli orizzonti del soprannaturale e sgombrano gli ultimi ostacoli alla fede nel falso.

Probabilmente le *idee prevalenti* (ossessioni o delirî) provengono da un'iperestesia morbosa dei centri ideativi. Quest'iperestesia ravviva le idee in modo da renderle spasmodiche come nelle ossessioni o da circondarle con l'aureola d'una falsa certezza, come nelle convinzioni deliranti. Dipende dall'affinità o dalla ripulsione col complesso delle tendenze abituali se l'idea prevalente sarà accolta come una convinzione o combattuta come un'ossessione.

Del resto il più delle volte le allucinazioni e i delirî si presentano di conserva, benchè tra l'une e gli altri possa mancare un legame logico. Questa simultaneità è di regola negli stati confusionali di semicoscienza.

Una simile spiegazione non sembra di primo acchito applicabile ai casi che stiamo discutendo di delirio lucido e circoscritto. Infatti, data un'iperestesia dei centri ideativi, tutte o quasi tutte le idee dovrebbero assumere carattere d'ossessione o di convinzione delirante, il che non avviene che nei casi di grandissimo disordine ideativo. Anzi si verifica nei paranoici e in molte altre categorie d'alienati una parzialità di manifestazioni così netta e costante, che le ossessioni e più ancora i delirî non si svolgono mai all'infuori del repertorio che abbiamo ricordato. Ciò avviene perchè la metamorfosi patologica che imprime ad una rappresentazione qualsiasi il marchio dell'ossessione, del dubbio o della certezza delirante richiede, oltre all'iperestesia dei centri ideativi, anche il concorso dei sentimenti. Sono i sentimenti di diffidenza e d'ambizione che, portati ad una morbosa ed anomala intensità, risvegliano l'iperestesia dei centri ideativi solo in favore di quelle percezioni od idee con cui armonizzano, e così danno luogo alle ossessioni, ai delirî sistematizzati, ossia ad una serie di disordini ideativi il cui argomento è chiuso fra limiti determinati.

La partecipazione del fattore sentimentale si scorge con incontestabile chiarezza in quei delirî che, all'infuori della paranoia, compaiono transitoriamente nei *melancolici* come effetto della depressione affettiva. I melancolici, che la malattia rende sofferenti ed umiliati, si abbandonano a convinzioni o dubbî conformi al loro stato sentimentale. Si hanno così i delirî di *persecuzione*, di *colpa*, di *peccato*, di auto-rimprovero, di danno

affetto agli interessi altrui, che fioriscono durante l'acme del processo melancolico, ma si dissipano come nebbia al sole al primo ricomporsi dell'affettività.

D'altra parte, non tutti i melanconici delirano. Vi sono ammalati che nel massimo imperversare della melancolia, conservano intatta la lucidità di ogni loro giudizio. Ciò significa che nei melanconici-deliranti accanto al fattore sentimentale opera un coefficiente intellettuale. Solo per una speciale fiacchezza dell'intelligenza l'idea risvegliata dal dolore e dall'avvilimento si mette in grado di *contrarre* tali rapporti col patrimonio delle idee abituali, da convertirsi in convinzione delirante; senza di che l'idea prevalente rimarrebbe allo stato d'una semplice ossessione. In altre parole, non delirano — fra i melanconici — che coloro i quali hanno sortito una costituzione paranoide, per quanto latente ed incompleta. E infatti i loro delirî, non avendo per base un'intelligenza decisamente paranoica, si mantengono piuttosto nella sfera del dubbio che in quella della convinzione. Mentre la *convinzione delirante* fa apparire come *certo* un fatto incredibile, il *dubbio delirante* lo fa apparire come semplicemente *possibile*, con minore, benchè sempre grave sfregio della logica. Così il dubbio delirante è qualche cosa d'intermedio fra la convinzione delirante e l'idea ossessiva, di cui divide in parte il carattere ripugnante.

Nel melanconico delirante è evidente il fattore sentimentale del delirio, mentre il fattore intellettuale rimane latente. L'inverso accade nei paranoici, dove la costituzione intellettuale è originariamente e notevolmente anomala, mentre i sentimenti di diffidenza e d'ambizione operano, per così dire, nell'ombra e talvolta non si sospetterebbero, se non li rivelasse il delirio.

Questa doppia origine dei delirî si mostra a nudo in quei paralitici la cui vita mentale, per l'azione dissolutrice e semplificatrice della malattia, lascia scorgere facilmente il giuoco dei suoi processi. Da un lato, quasi tutti i paralitici sono alterati nel loro stato affettivo — o per massima euforia o per massima depressione; — dall'altro sono sempre privi di critica pel progressivo processo demenziale a cui va incontro l'intelligenza. Perciò, appena il paralitico soggiace all'iperestesia cenestetica e quindi affettiva che è l'effetto dell'agente morboso sui centri corticali, si manifestano col *concorso* dell'indebolimento intellettuale la *megalomania*, il *delirio assurdo delle grandezze*, il *delirio ipocondriaco* ed altre forme simili di delirî assai tristi, frequenti e caratteristici. Per l'intensità del disturbo affettivo e per la vastità della dissoluzione intellettuale, questi delirî paralitici sono più vari, più incoerenti e più iperbolici di quelli che si riscontrano nei paranoici. E poichè l'alterazione sentimentale non è legata, come nei paranoici, colla costituzione psichica, ma con le acciden-

talità delle localizzazioni morbose, è naturale che nei paralitici i deliri abbiano durata effimera e una volubilità indefinita. D'altra parte i paralitici apatici, appunto perchè la loro intelligenza, per quanto diminuita, non è stimolata in nessuna direzione, dimostrano incoerenza, ma non deliri.

Una classe interessante di *deliri paranoidi*, che si potrebbero allineare accanto a quelli or ora descritti della paralisi progressiva e della melanconia per la loro transitorietà, si riscontra più o meno episodicamente nel decorso di parecchie altre malattie dei centri nervosi: nell'isterismo, nell'epilessia, nell'imbecillità, nell'alcoolismo, nella nevrastenia, nella demenza senile, ma soprattutto nella *demenza precoce*. Mentre la massima parte di queste malattie non permette alcuna incertezza diagnostica per la natura affatto patognomonica degli altri sintomi che mai non vi mancano, la demenza giovanile, riconoscibile com'è a lunga scadenza per le singolari caratteristiche del suo decorso, induce facilmente ad equivoci. I deliri della demenza giovanile rassomigliano talmente a quelli della paranoia, che KRAEPELIN, avendo felicemente rilevato qualche piccola differenza, li aveva ascritti da principio ad una forma speciale di paranoia *fantastica*, distinta dalla *paranoia combinatoria* (forma classica) per la minor coerenza; ma in seguito, vedendo l'analogia del decorso fra questi casi di paranoia con delirio fantastico e quelli già da lui designati come varietà ebefreniche e catatoniche di demenza giovanile, si decise a creare una terza varietà di demenza giovanile caratterizzata appunto dal delirio paranoide.

Convinzioni deliranti e dubbi deliranti, ma in forma fugace e transitoria possono presentarsi in qualunque malattia, fase di malattia o sindrome che sia accompagnata da disturbi gravi della coscienza; ma in tutti questi casi al sintomo dei deliri si unisce, soverchiandolo, quello del disordine generale: il dubbio delirante è privo di ogni carattere angoscioso o diventa l'espressione di un'incertezza timida e confusa per imperfezione di dati; la convinzione delirante perde le sue pretese dogmatiche a base paranoica o paranoide, e si riduce ad un giudizio precipitoso per momentaneo turbamento dei rapporti reciproci fra le idee. E così dalle alterazioni qualitative delle idee si passa a quelle che riguardano la loro quantità e il loro ordinamento.

QUANTITÀ DELLE IDEE.

La quantità delle idee va considerata da un doppio punto di vista: statico e dinamico. Da un lato i ricordi e le nozioni individuali, fissatisi

nel cervello allo stato potenziale, cioè come una riserva di processi rappresentativi che possono venir richiamati alla coscienza in caso di bisogno, si compenetrano stabilmente con la personalità psichica, ne aumentano la complessità ed il valore, e costituiscono un capitale disponibile d'esperienza da cui si possono trarre immensi frutti che sono a loro volta capitalizzabili. Dall'altro lato, il lento acquisto di questo patrimonio e l'uso continuo che ne facciamo richieggono un'operosità cosciente, la cui attuazione nei diversi momenti della vita avviene in misura assai variabile e quindi indipendente dal corredo delle idee patrimoniali.

Tanto le idee esistenti allo stato d'eccitabilità, come quelle operanti allo stato d'evocazione in un dato termine di tempo, sfidano qualunque inventario, non solo pel loro grandissimo numero, ma anche per una serie di difficoltà intrinseche che renderebbero impossibile, e in ogni caso insignificante ed inutile, questa specie di censimento. Se però è utopistico il computo numerico delle idee, è abbastanza facile, e infatti si suol praticare correntemente, una valutazione empirica ed approssimativa che ci permette di quotare in ciascun individuo tanto il capitale intellettivo come il suo rendimento.

Ogni idea generale ha una diversa capacità proliferativa e quindi una ben diversa importanza nella gerarchia delle nostre nozioni; ma per essere utilizzata esige il concorso di circostanze favorevoli che provochino gli opportuni sforzi associativi e mantengano in circolazione la parte corrispondente di capitale.

Ciò si verifica più facilmente e più spesso quando il movimento cosciente del pensiero è in tutto il suo complesso più intenso e più svariato. Nel melanconico che si trova sotto l'influenza d'una grave depressione sentimentale questo movimento è temporaneamente rallentato e circoscritto, benchè intenso; perciò, se anche il patrimonio ideativo rimane quantitativamente inalterato, il suo rendimento è minore finchè perdura lo stato di depressione. E se la depressione si prolunga indefinitamente, subentra un graduale deperimento. Nel maniaco, che agisce, parla e pensa sotto l'influenza dell'esaltamento sentimentale, si risvegliano, è vero, associazioni molteplici, vivaci ed insolite, che tenderebbero ad utilizzare la parte più dimenticata e più sterile del patrimonio ideativo, ma l'instabilità dell'attenzione dissipata sopra argomenti quasi sempre frivoli impedisce i giudizi più elevati, che appunto richieggono analisi severe e continuate. Perciò l'abbondanza di pensiero che talvolta si incontra nei maniaci costituisce un inciampo piuttosto che un segno ed una sorgente di maggior ricchezza.

Un giusto e felice equilibrio fra la ricchezza patrimoniale delle idee e la facilità di evocarle per mezzo di associazioni, è un elemento impor-

tante nella personalità psichica, perchè concilia il sapere e la potenzialità intellettuale con l'attività militante del pensiero. La *nevrastenia*, costituzionale od episodica, suol rendere più torpido il potere d'evocazione; e la coscienza di questo torpore accresce nei malati il sentimento già esagerato della propria impotenza. Molti individui normali, ma con tendenze nevrasteniche, si trovano assai di rado nella pienezza della propria intelligenza, e per mobilizzare con agevolezza le idee disponibili che dormono nella loro mente hanno bisogno d'una commozione affettiva, come si verifica in quegli oratori che diventano eloquenti, efficaci o veramente estemporanei solo quando l'assenso o le interruzioni dell'uditorio vincono lo stato abituale d'inibizione.

Il malessere cenestetico, le preoccupazioni ipocondriache, il [illegible] creano infatti nei nevrastenici una resistenza permanente e passiva di fronte ad un gran numero di processi associativi; e così si inutilizza, senza però distruggersi, una parte del loro capitale ideativo.

Le idee fondamentali che servono di norma direttiva ai nostri giudizi ed alle nostre deliberazioni non appariscono quasi mai in forma attuale e nitida alla nostra coscienza; eppure dobbiamo ad esse se i giudizi e le deliberazioni a cui commettiamo il nostro benessere riescono appropriati, sollеciti e conformi alla nostra personalità anche di fronte alle eventualità che si presentano all'improvviso e per la prima volta. Nell'apprezzare il valore psichico d'un individuo, bisogna tener presente il contenuto di queste idee supreme e la maggiore o minore solidità della loro coesione. Se le idee fondamentali sono deficienti, erronee o mal collegate, si avranno delle personalità che, nonostante l'erudizione o la vivacità d'ingegno, dimostreranno *credulità*, *volubilità* di convinzioni, mancanza di *critica* e quindi *predisposizione morbosa* a deliri più o meno durevoli sotto l'azione di semplici squilibri affettivi, come quelli della melancolia e della mania, o di perturbazioni organiche, come la febbre, il dolore fisico, l'insonnia, l'inappetenza. La così detta *degenerazione psichica*, *l'imbecillità morale*, la *paranoia* non dipendono molte volte da altro che da questa parziale deficienza od anomalia od incoerenza dei criteri direttivi. Per mancanza di critica e di norme sicure, tutti questi degenerati, imbecilli morali e paranoici, se anche possono essere e dimostrarsi assai validi nei giudizi e nelle decisioni ordinarie, finchè le condizioni del loro animo e del loro corpo si mantengono normali, si smarriscono e delirano o delinquono di fronte a quei problemi ed a quelle cause perturbatrici a cui resisterebbero intelligenze meno ricche e meno brillanti, ma più solide, perchè meglio dotate di criteri generali.

Il nostro sapere non è qualche cosa d'immobile, che si possa considerare separatamente dalle modalità della sua attuazione. Non solo in quanto

contiene il germe fecondo d'applicazioni ulteriori, ma anche in quanto è a sua volta la sintesi laboriosa d'idee antecedenti, essa non è che il condensamento statico di un'attività dinamica in istato di formazione continua, che sfugge a qualunque enumerazione. Il lavoro intellettuale che le idee generali presuppongono nel passato è altrettanto importante e indeterminabile di quello ch'esse promettono per l'avvenire. D'altra parte spesso le nostre sintesi non sono prodotti del pensiero individuale, ma risultati del pensiero collettivo che vengono assimilati, sulla fede giustificata degli altri, nella loro formula conclusionale. In molti individui *volgari* i concetti generali non sono opinioni, ma semplici imparaticci che crollano al primo soffio di demenza. Taluni di questi imitatori convenzionali, quando per caso impazziscano, specialmente per demenza giovanile, dimostrano nella malattia la stessa mancanza d'originalità per cui brillavano nello stato sano, e riescono di gran lunga inferiori ai paranoici che, per quanto poveri di critica, sono sempre gl'inventori autentici e convinti dei propri delirî.

Una massima fra le più popolari in psichiatria è quella che, a proposito della quantità patrimoniale delle idee, aveva formulato Esquirol, dicendo: che l'imbecille è un povero, il demente un fallito. Il loro livello intellettuale è il medesimo: l'uno non sale perchè è impotente a imparare; l'altro discende perchè ha disimparato quello che sapeva. Tuttavia, bisogna soggiungere, l'imbecille non rassomiglia affatto al demente. L'imbecille è anche psichicamente la caricatura più o meno adulta d'un fanciullo: la sua andatura, la sua pronunzia, ma soprattutto la sua mimica, il suo repertorio verbale, la sua ingenuità e la sua vanità portano l'impronta dell'infantilismo. Il demente, per quanto grave, conserva, in mezzo alle rovine, i residui d'una intelligenza evoluta: qualche nozione scientifica e morale, molte espressioni elevate, una certa dignità di contegno che gli danno la solennità esteriore d'un personaggio normale e coprono a prima vista le sue deficienze.

Per determinare il valore intellettuale d'un individuo, noi non dobbiamo dunque limitarci a misurare il corredo permanente delle sue idee, ma anche la capacità non sempre costante che dimostra ad usarne e ad accrescerlo. La somma numerica delle idee esistenti in potenza, il loro grado gerarchico, la solidità della loro coesione sono il capitale in sè stesso. Ma la maniera con cui il capitale è stato raccolto, la facilità abituale di servirsene e l'attitudine ad aumentarlo, sviluppandone i corollari, formano un altro capitale più intimo e fondamentale, che chiamiamo *talento* o *intelligenza*. È questo il capitale che scarseggia originariamente negli imbecilli, che va in parte perduto nei dementi. Ogni malattia mentale, anche se interessa le sole funzioni affettive, è una minaccia all'in-

tegrità dell'intelligenza, che può anche subire eclissi temporanee e mutilazioni permanenti, ma limitate. Un esempio assai dimostrativo di questa sospensione dell'attività intellettuale ci è dato dall'*assenza epilettica*; e un altro esempio, di solito meno grave, dal *svenimento*.

ALTERAZIONI NELL'ORDINAMENTO DELLE IDEE.

Si dice che è alterata la *successione delle idee* quando l'ordine delle rappresentazioni interne cessa di corrispondere all'ordine degli avvenimenti esterni, ossia alla realtà. Noi ci manteniamo in contatto continuo con la realtà mercè le percezioni che ci rispecchiano l'ordine attuale delle cose, mercè i ricordi che ci riproducono il loro ordine passato, e mercè le nozioni generali che ci schematizzano l'ordine astratto o ideale del mondo esteriore, permettendoci di distinguere ciò che è possibile da ciò che è impossibile.

Le forme più lievi di disordine ideativo consistono in una semplice *prevalenza del pensiero fantastico*, ossia con programma libero, sul pensiero che dovrebbe applicarsi alla riproduzione obiettiva e il più possibilmente esatta della realtà. I malati dimostrano un certo disinteresse e una certa disattenzione di fronte ai piccoli ed ai grossi problemi che continuamente si presentano all'intelligenza, mentre sono portati all'osservazione superficiale e futile delle cose esterne, come gli animali, i bambini e in genere gli esseri inferiori. I semplici di spirito, i dementi giovanili, i paralitici allo stadio prodromico, i dementi senili nelle fasi di tregua, e molti altri malati di mente che non delirano e che si comportano non senza una certa passiva saviezza, tradiscono spesso un minimo grado d'indebolimento mentale appunto per questa loro indifferenza. Essi cessano di disciplinare con la dovuta continuità e col dovuto rigore la propria attenzione. Se anche nell'estrinsecazione delle idee non vi è un disordine formale, si vedono i segni d'una certa fiacchezza nel loro ordine di successione. Simili malati figurano fra i *normali* di modesto livello intellettuale, fra i *nevrastenici*, fra gli esordienti alla *paralisi progressiva* e fra i casi di *guarigione incompleta*. Gli spostamenti nell'ordine delle idee stanno in rapporto con la mancanza o con la deformazione di molti fra questi elementi: percezioni, ricordi, idee generali, che formano la trama del nostro pensiero. Senza lacune o deformazioni estese del contenuto rappresentativo, non vi è possibilità di disordine, perchè le idee che corrispondono direttamente ed armonizzano logicamente con la realtà hanno in sè una virtù suggestiva che provoca le successioni normali e quindi impedisce le successioni scorrette.

Occorre un certo numero d'allucinazioni o d'errori per deviare e sconvolgere l'ordine logico delle idee; occorrono estese lacune per arrestarlo o soffocarlo. D'altra parte lo sbandarsi delle idee senz'alcun ordine favorisce l'insorgenza di nuovi errori e convinzioni deliranti che pullulano inesauribilmente in tutti i casi gravi di disordine mentale, dando luogo al così detto *delirio caotico*.

Questa solidarietà reciproca fra il contenuto qualitativo e quantitativo del nostro pensiero da una parte e la successione delle idee dall'altra è facilmente dimostrabile negli imbecilli e in certi paranoici con delirio sovrabbondante. Gli *imbecilli* non sono così poveri d'idee da dover rinunciare senz'altro a qualunque iniziativa mentale, ma il loro fardello è così meschino, che spesso, per difetto d'idee direttive e correttive, si espongono ad episodi di delirio paranoide con carattere confusionale, non per eccesso di passione, ma per difetto di riflessione. E parimente gli *ebefrenici* sovraccarichi di convinzioni o di dubbi deliranti finiscono col cadere nel disordine perchè perdono quasi del tutto la retta visione della realtà, sicchè rassomigliano ai dementi o ad amenti cronici.

Al contrario, le alterazioni molto limitate delle percezioni, dei ricordi o delle idee generali, un'allucinazione isolata, un'amnesia circoscritta, un singolo errore di giudizio non modificano profondamente il corso generale delle idee. Le stesse idee incoercibili minacciano, molestano, affaticano il pensiero, ma non riescono ad alterare la sua corrispondenza con la realtà.

I disordini ideativi sono dunque costantemente legati ad alterazioni piuttosto vaste nella qualità e nella quantità delle idee. Un grado notevole di disordine si rivela sotto la forma assai visibile della *disorientazione parziale*, e porta il malato ad ignorare la propria esatta situazione nel tempo e nello spazio, a non ricordare od a localizzare impropriamente i particolari della propria vita, a non riconoscere l'identità o l'ufficio delle persone che gli stanno d'intorno.

La disorientazione parziale può dipendere da una folla d'*allucinazioni*, specialmente visive, che distraggono il malato dall'osservazione dell'ambiente reale e lo ingannano sulla sua configurazione. Così avviene, talvolta per pochi minuti, nelle malattie febbrili, nell'ubbriachezza, nell'affascinazione ipnotica, nello stato ipnagogico del dormiveglia, in certi incidenti circolatori della demenza senile; e, per tratti di tempo più lunghi, nelle crisi dell'isterismo e nel decorso del delirium tremens. I disturbi della *percezione* non sopprimono, ma falsificano talmente la nozione dell'ambiente, che costituiscono la causa più frequente della disorientazione parziale. Questo fenomeno è infatti di regola in una psicosi per eccellenza allucinatoria, vale a dire nell'*amenza confusionale*.

pre- e postaccessuali dell'epilessia e dell'isterismo, e interviene qualche volta come una fase più o meno prolungata nel decorso della *paralisi progressiva*, dell'*imbecillità*, della *demenza giovanile*.

Si chiama invece col nome d'*incoerenza psichica* quel disordine cronico che deriva non tanto dall'irregolarità dei poteri percettivi, quanto piuttosto dalla perdita irreparabile dei ricordi e delle nozioni generali. Mentre la confusione è una sindrome eminentemente amenziale, l'incoerenza è una sindrome eminentemente demenziale. Di raro l'incoerenza determina un disordine pari a quello della confusione acuta: ciò non avviene, in ogni modo, che nei casi più gravi di *demenza paralitica*, di *demenza giovanile* e di *demenza senile*, che assolutamente non comportano più reintegrazione di sorta.

STATI DI SEMICOSCIENZA.

Un alto grado di dissociazione taglia contemporaneamente tutte le comunicazioni con l'ordine presente, passato e storico degli avvenimenti, ed isola il malato da ogni contatto attuale, mnemonico o logico col mondo obbiettivo, compreso il suo corpo. Se tuttavia le percezioni persistono in forma normale, ciò che è raro nella confusione acuta, ma frequentissimo nell'incoerenza cronica, non per questo la disorientazione cessa dall'essere completa, perchè le immagini attuali perdono ogni valore quando venga a mancare la loro integrazione coi ricordi, che sarebbe capace di trasformarle in idee. I confusi e gli incoerenti discorrono ed operano in modo del tutto insensato, essi diventano refrattari alla maggior parte degli eccitamenti esterni ed interni, e finiscono col perdere persino la nozione della propria personalità psichica e somatica.

In questi casi tende ad estinguersi od a sospendersi anche l'attività della coscienza, perchè *non c'è coscienza senz'almeno un barlume di conoscenza*. Fra l'estremo disordine mentale e l'assoluta incoscienza la distanza è altrettanto piccola come quella che intercede fra il sogno e il sonno letargico od anoirico. E infatti, sia allorquando nella mente parlano insieme percezioni ed idee male associate, sia allorquando le loro voci riescono deboli e fiaccamente associate, la facoltà di discernere è egualmente compromessa da quel frastuono disarmonico e da quel quasi silenzio. Perciò col discernimento si oscura la coscienza, che attinge il suo perenne alimento dalle rappresentazioni intense, associate e il più possibilmente nitide. La coscienza non consiste anzi in altro che in una serie di *distinzioni*, ossia di *raccolte* ed associazioni *differenziali*. Perchè la coscienza rimanga accesa, bisogna che non manchi la materia prima

alle sue distinzioni, cioè che continuino a formarsi le idee o per lo meno le rappresentazioni. Perchè poi la *coscienza* mantenga anche quella luminosità che permette le distinzioni precise e che la rende completa, occorre che i termini delle distinzioni non vi arrivino in tal numero e in tal disordine, da riuscire inassociabili. Perciò i *confusi* e gli *incoerenti* si trovano in *istato crepuscolare* o di *semicoscienza*, e si dice che la loro coscienza è obnubilata. Quando poi gli eccitamenti esterni non riescono più nè a diventar processi rappresentativi (atti di distinzione), nè a provocarne, e si esaurisce più o meno presto il pensiero interiore, che è attività di distinzioni mnemoniche, rimane totalmente sospesa ogni funzione psichica (anche i sentimenti non vivono senza un contenuto rappresentativo) e si arriva senz'altro all'*incoscienza* come nel *sonno senza sogni*, nel *coma epilettico* o *febbrile*, nel colmo dell'*amenza attonita*, nel supremo abbrutimento della *paralisi progressiva* e forse nel *raptus melancholicus*.

L'incoscienza è dunque il termine-limite a cui tendono tanto la confusione mentale come l'incoerenza. Tutti i confusi e tutti gli incoerenti sono candidati all'incoscienza.

CAPITOLO VI.

La Memoria

FISIOLOGIA DELLA MEMORIA.

La memoria è l'attitudine che hanno gli stati di coscienza a rinnovarsi, sotto l'azione dei processi associativi, in forma di rimembranze o ricordi. Per mezzo della memoria si organizza l'esperienza, che è una condizione indispensabile all'esercizio anche il più elementare dell'attività mentale.

Da un punto di vista piuttosto largo, tutte le rappresentazioni non sono che ricordi più o meno larvati o aggregazioni più o meno complesse di frammenti mnemonici. Salvo fino ad un certo limite l'istante della percezione, il nostro pensiero, sia che ragioniamo, sia che fantastichiamo, non può mai svolgersi sopra un materiale ignoto e deve attingere nella memoria gli elementi necessari alle sue costruzioni. La nozione del passato, l'esplorazione dell'avvenire e persino la percezione del presente, in quanto è riconoscimento o giudizio, si devono considerare come applicazioni o utilizzazioni dei nostri dati mnemonici.

Da un punto di vista più ristretto, la memoria è la capacità non solo di riprodurre uno stato di coscienza antecedente, ma anche di avvertire con una certa esattezza il rapporto fra la copia e l'originale. Quest'ultima condizione non è necessaria e non si verifica quasi mai di fronte agli atti di fantasia, ai processi d'astrazione, ai ragionamenti in genere. Quantunque queste operazioni mentali richiedano, per causa delle immagini che impiegano nel loro giuoco, il beneficio d'una proprietà ritentiva, noi non abbiamo bisogno, comunemente, di riscontrare nelle immagini impiegate il loro certificato di provenienza, ossia d'identificarle, come veramente sono, per nostre vecchie conoscenze. Solo nei processi di memoria propriamente detti la rappresentazione mnemonica viene riconosciuta come la reviviscenza d'una situazione o d'un momento già vissuto nel passato e che appartiene alla nostra storia personale.

I ricordi affini per la loro data d'origine, pel loro contenuto e per la loro intensità formano dei gruppi naturali e subiscono le stesse vicende sia nella loro evoluzione, sia nella loro dissoluzione. Perciò si dice che esistono delle *memorie* (Ribot), non già una sola memoria unitaria. La patologia ci conferma questo principio, mostrandoci come i ricordi possano scomparire per categorie di tempo, di qualità e di graduazione intensiva, ciascuna delle quali gode d'una certa autonomia rispetto alle altre.

Le irregolarità della memoria hanno formato argomento di studi importanti da parte di psicologi e clinici, ma nella sintomatologia delle malattie mentali non furono valutate come meritavano. La causa di questa trascuranza è doppia; da un canto le alterazioni più gravi danno luogo ad errori o lacune indirette, ma appariscenti della percezione e dell'intelligenza, come accade nella cecità psichica, nella cecità verbale e in altre forme di così detta *asimbolia*, che ora vengono collocate fra i casi di amnesia (Monakow, Heilbronner); dall'altro canto i disturbi minori della memoria, le sue eclissi momentanee e le sue insufficienze durevoli, se sono limitate ad un lieve grado, alterano così poco le linee principali della personalità psichica, che passano per semplici imperfezioni, anziché per sintomi di malattie mentali. Nonostante questo, ogni irregolarità evidente della memoria introduce nei diversi quadri psicopatici un elemento caratteristico e spesso decisivo pel giudizio clinico ed anatomico che se ne può dare.

Non si deve identificare la memoria con la semplice persistenza di una attitudine funzionale e nemmeno col perfezionamento delle disposizioni anatomiche che servono di base all'associazione fra le immagini. Questi fatti o per dir meglio queste leggi sono certamente, come vedremo, condizioni necessarie della memoria, ma non sono tutta la memoria e quindi non sono memoria. Fu designata come una forma di *memoria organica* (Hering) anche la crescente destrezza con cui operano i muscoli negli esercizi abituali (abbottonarsi gli abiti, sonare il pianoforte, scrivere); ma in simili casi il perfezionamento (che non è indefinito) degli atti muscolari non è dovuto all'accumulo di presunti ricordi nella sostanza del muscolo, bensì alla *spinalizzazione* (o quasi) degli impulsi motori, che significa semplificazione, perchè sopprime da un lato tutti i processi coscienti, dall'altro tutti i movimenti superflui che complicavano il periodo del tirocinio. L'automatizzazione degli atti coscienti è dunque un processo di graduale dissuetudine, che conduce ad una perfezione relativa non perchè aggiunga qualche cosa (la memoria), ma soltanto per quel che toglie (i movimenti imbarazzanti).

Perciò non vi è memoria senza coscienza. La coscienza deve avere accompagnato l'immagine primitiva e riaccompagnarsi con l'immagine ripetuta.

tanto più che toccherà ancora ad essa, per completare l'atto mnemonico, di verificare la somiglianza fra le due situazioni: quella in cui si trova e quella in cui s'era trovata. Infatti l'esercizio genuino e regolare della memoria richiede una serie di condizioni che soltanto i centri nervosi, e non tutti nè sempre, sono in grado di realizzare interamente.

1.° Anzitutto è necessaria la *formazione di traccie mnemoniche* che protraggono negli elementi nervosi la presenza (allo stato latente) del processo psichico destinato o candidato a rivivere come ricordanza. Perciò ogni stato di coscienza che non sia condannato all'oblio per congenita insufficienza lascia sulla via percorsa (o sopra un tratto di questa via) un reliquato organico che modifica più o meno stabilmente il chimismo o la struttura dei neuroni interessati, dotandoli d'una nuova capacità funzionale.

Forse ogni rappresentazione in atto determina un'ipertrofia funzionale nei processi protoplasmatici e negli axoni interessati: le vibrazioni molecolari si fanno più intense e si propagano, alterando momentaneamente la forma dei dendriti, e così, se le condizioni sono favorevoli, rampollano nuove espansioni e collaterali in permanenza. In ogni modo le traccie che contrassegnano l'attitudine mnemonica (o da cui non germoglieranno i ricordi che sotto l'azione feconda dei processi associativi) si formano quando l'energia dello stimolo esterno o la squisitezza dell'organo ricettore o lo sforzo dell'attenzione o il sovrapporsi d'un sentimento vivace accrescono lo splendore del fenomeno cosciente. Ogni nuova attuazione dello stesso fenomeno cosciente sotto forma di rimembranza, di rappresentazione fantastica o di ripetizione identica fortifica la capacità mnemonica perchè determina la formazione di nuove traccie che surrogano le preesistenti o vi si aggiungono.

Gli antichi, fino dal tempo di PLATONE, consideravano le traccie mnemoniche come un'impronta sulla cera (teoria materiale); altri, senza far avanzare la questione con questo, inclinano piuttosto ad interpretarle come uno stato di tensione molecolare che al sopravvenire d'un eccitamento sprigiona il ricordo e si ricarica (teoria dinamica). Comunque sia, fino a pochi anni sono si ammetteva generalmente che lo stato di coscienza originario, l'inscrizione preventiva delle sue traccie mnemoniche e la conversione successiva delle traccie in atti di rimembranza fossero processi diversi e diversamente determinati, ma tutti centralizzati negli stessi elementi anatomici (BAIN, SPENCER, WUNDT, JAMES, BINET). Oggi invece, non senza valide ragioni, specialmente cliniche, si propende sempre più a ritenere che le immagini mnemoniche, sia allo stato latente, sia allo stato attivo, si localizzino in elementi e strati corticali diversi da quelli che ricevono per un momento la sensazione primitiva (MUNK,

momentaneamente nell'azione finiscono per unirsi in una stabile solidarietà funzionale, formando un'associazione d'abitudine che ha certamente per base una maggiore intimità dei loro rapporti anatomici. È probabile che questo risultato si raggiunga per un processo progressivo d'ipertrofia funzionale che conduce all'accrescimento più o meno durevole dei neurodendri che connettono gli elementi nervosi e quindi al reciproco ravvicinamento di questi ultimi. Ora, il processo d'ipertrofia funzionale, in quanto determina lentamente il ravvicinamento fra i neuroni solidali, può invocarsi come la causa anatomica della speditezza e precisione con cui si compiono le associazioni abituali di qualunque genere, comprese le mnemoniche; e in quanto poi, per determinare questo effetto d'insieme, deve modificare individualmente anche i singoli neuroni, esso è l'espressione concreta delle traccie mnemoniche che fissano l'immagine allo stato latente e la rendono pronta ai possibili richiami di nuovi processi associativi.

2.° Le traccie mnemoniche possono formarsi, ma scompaiono irreparabilmente a scadenza più o meno lunga; la durata della loro conservazione dipende dalla capacità personale di memoria, dall'interesse del ricordo e dal numero delle sue ripetizioni. Così si salvano indefinitamente o quasi molti ricordi, tra futili e importanti, che il ripetuto esercizio sottrae all'esaurimento funzionale del disuso; e così perisce ogni giorno in via fisiologica una folla di ricordi futili, per esempio di ciò che s'è mangiato a pranzo una settimana prima o del tempo che faceva.

Ogni ricordo in atto dà luogo alla formazione di nuove tracce organiche che si sommano con le precedenti o coi loro rimasugli. Questo processo di rinnovamento, che ringiovanisce le traccie mnemoniche, concorre efficacemente a preservare dalla rovina una gran parte dei nostri ricordi e specialmente quelli che sono raccomandati a più frequenti appelli dall'importanza intrinseca del loro contenuto. Ma non mancano i ricordi che si conservano per lunghissimo tempo allo stato latente per una straordinaria capacità di memoria o per una singolare fortuna di origine.

La conservazione delle traccie mnemoniche da una parte e la loro formazione dall'altra possono comportarsi diversamente nella stessa persona o per le varie memorie, restando entrambe entro i limiti della fisiologia. Vi sono memorie tenaci, ma più o meno stentate; o memorie facili, ma di poca durata; nelle une è più spiccato l'elemento conservativo, nelle altre l'elemento formativo.

3.° L'evocazione del ricordo è il fatto culminante con cui la memoria si afferma e passa dallo stato potenziale all'attuale. È ben difficile che uno stato di coscienza conservi le proprie traccie se non è mai rievocato; e in ogni modo la verificazione della sua rievocabilità, che è l'essenza

stessa della memoria, non è possibile se in pari tempo non si effettua la rievocazione. La rievocazione dei ricordi si compie per via associativa, cioè per un'azione nervosa esterna al sistema dei neuroni interessati nel fatto mnemonico; e perciò obbedisce alle leggi dell'associazione psichica che sono comuni a tutte le rappresentazioni. Il ricordo assopito nello stato latente dev'essere risvegliato, come del resto è necessario per qualunque altra idea, dalla presenza di sensazioni, d'immagini, d'idee o d'altri ricordi, che costruiscono rapporti improvvisati o rinnovano rapporti antichi con l'immagine evocata.

Perchè l'evocazione d'un ricordo o di un'idea sia possibile, bisogna che non siano completamente rotti i rapporti anatomici e funzionali fra il sistema di neuroni che è il depositario delle sue traccie e i neuroni intracerebrali che stanno fuori da quel particolare sistema, ma che possono influenzarlo. Se tali rapporti sussisteranno per intero, l'evocazione sarà facile, frequente ed intensa; se si renderanno più scarsi, sarà difficile, rara, sbiadita; se si renderanno nulli, sarà impossibile.

4.° Un atto completo di memoria implica non solo la riapparizione dell'immagine ricordata, ma anche il riconoscimento della sua origine. In altre parole, non basta che il ricordo sia ripensato; bisogna che sia anche autenticato come un reduce del nostro pensiero, il che gli conferisce un carattere psichico del tutto particolare in confronto alle altre idee. Questa specie di autenticazione si raggiunge per mezzo di speciali processi associativi, la cui necessità conferma la dipendenza della memoria dalle leggi d'associazione.

Un ricordo che si affacciasse alla coscienza in modo isolato, all'infuori dell'attività d'associazione e senz'alcun vincolo con altri ricordi, non potrebbe essere nè evocato, nè (tanto meno) riconosciuto per ciò che veramente è, ossia come la nuova edizione d'una rappresentazione già provata; e ricadrebbe nella categoria delle immagini e delle idee ordinarie. Solo in seguito al riconoscimento noi distinguiamo fra un fatto semplicemente possibile e un fatto avvenuto, e con precisione anche maggiore fra ciò che è avvenuto ad altri e ciò che si riferisce a noi.

Ora, fra le associazioni psichiche che permettono il riconoscimento, si deve tener conto in primo luogo di quelle che complessivamente e confusamente ci infondono il sentimento della continuità personale per riguardo al nostro io e della continuità storica per riguardo all'ambiente esterno. Il riconoscimento è favorito anche dalle associazioni che rendono possibile, per lo meno approssimativamente, la localizzazione del ricordo nel tempo (a cui si aggiunge qualche volta anche la localizzazione nello spazio). La prima di queste sub-condizioni della memoria (condizione diretta del riconoscimento) è sempre presente o se non altro è sempre appellabile nel-

l'uomo normale e che non dorme; la seconda non si verifica che nel momento della rimembranza perfetta e richiede a sua volta la presenza in seconda linea d'altri ricordi, che servono di cornice all'immagine rievocata e riconosciuta e le fanno una posizione nel passato.

La natura schiettamente associativa del processo per mezzo del quale i ricordi vengono fissati, evocati e riconosciuti, risulta in modo evidente quando anche l'altro termine del rapporto mnemonico è una rappresentazione di luogo la cui intensità vada soggetta a mutamenti. Il ritorno dopo una lunghissima assenza nella città o nella casa dove si è passata l'infanzia, rinforzando le immagini mnemoniche che rivediamo allo stato attuale, le rende improvvisamente capaci di rimorchiare anche quelle immagini *collaterali* che credevamo per sempre perdute: rivedendo una strada od una camera che rammentavamo anche prima, ma debolmente, ci sovviene ad un tratto, per associazione di contiguità spaziale, anche d'un abitante o di un oggetto o d'altre strade o d'altre camere vicine che non abbiamo ancora riveduto, che forse non esistono più, e di cui non si sarebbe mai ricuperata la memoria senza il risveglio inopinato dell'altro termine associativo.

5.° Un'ultima condizione è necessaria alla riproduzione di un ricordo, cioè la coesione *interna delle tracce elementari* che lo costituiscono: la vibrazione di un neurone deve ridestare quella di tutto il sistema se il ricordo è completo, o di gran parte del sistema se il ricordo è attenuato. In caso diverso la rappresentazione riprodotta rassomiglierà così poco alla primitiva, che non sarà più riconosciuta per la sua copia, e si avrà un'immagine qualunque, non già un ricordo localizzabile nel tempo.

PATOLOGIA DELLA MEMORIA.

Ciascuna delle leggi che presiedono fisiologicamente allo sviluppo, alla conservazione ed all'esercizio attivo della memoria trova numerosi e precisi riscontri nella patologia cerebrale.

Agenesia delle traccie mnemoniche. — Non possono lasciare traccia di sè quegli stati di coscienza che sono costituzionalmente deboli per difetto d'attenzione, come avviene negli *idioti* e in parte anche negli *imbecilli*. Oppure le traccie mnemoniche cessano di formarsi per un disturbo acquisito di nutrizione, per semplice perdita involutiva della plasticità funzionale, per atrofia. È questo il caso dei *vecchi* in istato più o meno pronunciato d'indebolimento mentale, donde la mancanza di ricordi contemporanei quasi sempre parziale, e la conservazione degli antichi. Ed è

pure il caso di quei malati che, per un traumatismo fisico o morale, presentano una lacuna mnemonica di tutto ciò che è avvenuto dal momento del sinistro in poi per un certo tempo, benchè non abbiano perduto od abbiano ricuperato subito la coscienza: *amnesie anterograde*.

La mancata formazione delle traccie mnemoniche non ha importanza se non quando impedisce il ricordo d'impressioni intense e interessanti o per lo meno assai numerose o di un genere affatto particolare. Quest'ultimo fenomeno si coglie al vivo in certi casi di *alexia* incompleta: i malati possono ancora leggere le parole brevi, ma non le più lunghe, perchè arrivati che sono alle ultime sillabe hanno già dimenticato le prime o per dir meglio non sono riusciti a fissarne le traccie neppure per un istante. Qui dunque non è punto perduta la nozione schematica della lettura, e si conservano ancora le traccie sia delle immagini grafiche che si erano formate anteriormente, sia del modo di associarle fra di loro; ma non si formano più le traccie delle immagini attuali, e perciò le lettere alfabetiche non possono essere associate che allo stato di pure percezioni.

Qualche volta (dato importante per la diagnosi) lo stato prodromico della paralisi progressiva è appunto contrassegnato da poche ma enormi, o da piccole ma continue dimenticanze. Piuttosto che di vere dimenticanze, si tratta di impressioni che, malgrado l'energia dello stimolo esterno, non riescono a cattivarsi l'interesse del malato, e perciò rimangono nel dominio effimero dei centri sensoriali senza poter elevarsi a quei centri soprasensitivi dove si formano i simboli ideo-mnemonici.

Le traccie mnemoniche si formano (e si conservano) con facilità straordinaria in certi individui che si distinguono appunto per la loro memoria. Talvolta l'eccellenza della memoria per la sua parzialità a favore di certe immagini determinate e per la stessa sua eccessività, più imbarazzante che utile, acquista un significato quasi mostruoso, come in certi eruditi, poliglotti, calcolatori e giuocatori di scacchi senza scacchiera. Non sono rare per quanto interessanti i talenti parziali di vari imbecilli (ve n'è un esemplare in quasi ciascun manicomio), che superano notevolmente la media dei normali nella facilità di ricordare melodie, numeri e squarci di libri che talvolta non capiscono. Ed anche in queste forme d'ipermnesia degli imbecilli vi sono diverse gradazioni: dal deficiente che ricorda soltanto l'orario delle ferrovie o tutti i santi del calendario si arriva fino a quello che non solo fissa nella memoria una serie di numeri, ma sa profittare di questa sua dote per risolvere a memoria calcoli abbastanza complicati. Da questi imbecilli calcolatori agli eruditi mediocri non vi è una grande distanza.

Cancellazione delle traccie mnemoniche. — La cancellazione delle traccie

già formate, ossia la perdita dei ricordi che figuravano nel bilancio attivo della nostra memoria, acquista un significato patologico quando in luogo di colpire alla spicciolata e dopo un certo tempo ricordi vecchi o poco importanti o poco evocati, fa strage sommaria delle reminiscenze che sono collegate da comunità d'origine o di contenuto. Per lo più queste dimenticanze vere sono dovute a cause organiche che le rendono anche irreparabili: a lesioni diffuse degli elementi nervosi, come nella demenza senile e negli altri processi demenziali, oppure a focolai distruttivi che colpiscono la corteccia cerebrale. Nel primo caso l'amnesia è lenta, progressiva e generale, benchè possa risparmiare anche un numero abbastanza considerevole di ricordi isolati. Nel secondo caso l'amnesia è improvvisa e quasi sempre assoluta, ma circoscritta ad una od a poche funzioni speciali, che corrispondono esattamente alla sede del focolaio.

La perdita dei ricordi per lesioni diffuse del cervello è soggetta a leggi conosciute anche popolarmente. Nel repertorio verbale, la cui ispezione è assai facile, primi a scomparire sono i ricordi delle parole meno usate, per esempio i nomi degli estranei; seguono i sostantivi in genere; ultimi a sopravvenire sono i verbi e gli aggettivi, la cui scomparsa caratterizza i gradi più bassi della demenza; ma, salvo nei casi d'incoscienza e di totale anideismo, sono ancora possibili le interiezioni e alcune singole parole od una singola sillaba a cui i malati affidano l'espressione d'idee, emozioni e desideri affatto rudimentari.

La perdita generale e progressiva dei ricordi già attivi è quasi sempre accompagnata dall'inettitudine a fissarne dei nuovi; e perciò l'amnesia senile non consiste soltanto nell'agenesia delle tracce mnemoniche dal principio del processo involutivo in poi, ma anche in un'abolizione delle tracce già esistenti, benchè fortificate da atti frequenti di rimembranza. I primi effetti dell'atrofia distruggono i ricordi più giovani; e così, tra i ricordi uccisi e i ricordi abortiti prima di nascere, si avvalora sempre più la legge per cui mancano le immagini dei fatti recenti, mentre persistono quelle della prima età, ossia le più antiche.

Siccome non si può concepire che il processo d'atrofia eserciti sugli elementi nervosi un'azione elettiva a seconda del loro contenuto mnemonico, si deve piuttosto ammettere che, nella fase iniziale, le connessioni anatomiche e le tracce organiche della memoria non siano soppresse in un punto e conservate in un altro, ma ch'esse subiscano un indebolimento abbastanza uniforme e diffuso, i cui effetti dissociativi ed amnestici si rendono manifesti ed irreparabili soltanto nei punti dove le associazioni erano già ab origine meno intime o le tracce meno profonde, ossia in quelli dove la memoria è meno organizzata. Il semplice rallentamento, senza interruzione, dei vincoli associativi, con estensione parziale delle

traccie mnemoniche, non abrogherà definitivamente i ricordi, ma li renderà più pallidi e più incerti. Ed anzi, se il processo di devastazione si arresta, non sarà impossibile di voler riuscire per mezzo di ulteriori, per quanto stentate, evocazioni, le traccie o i rapporti che stavano per morire. Questa eventualità favorevole si avvera nelle sorte dell'involuzione senile a beneficio dei ricordi infantili. Dal momento che sono andati distrutti i ricordi recenti, è naturale che si rimetta a nuovo il repertorio antico, che per essere il meno devastato e quindi il meglio evocabile, diventa l'obbiettivo preferito e il più accessibile sia alla semplice immaginazione (senza riconoscimento), sia all'attività di riproduzione mnemonica. In mancanza dei ricordi morti si ravvivano i ricordi morenti, e le reminiscenze d'infanzia godono la loro estate di San Martino.

Fra le amnesie circoscritte ed improvvise con cancellazione delle traccie mnemoniche sono assai note per la precisione dei sintomi e della localizzazione anatomica le tre forme di afasia che Pitres (per riservare un titolo più elevato all'afasia amnestica) ha designato col nome di *nucleari*: l'afasia *motoria*, la *sordità verbale* e la *cecità verbale*, i cui focolai corrispondono rispettivamente al piede della 3.ª circonvoluzione frontale, alla 1.ª circonvoluzione temporo-sfenoidale, ed alla piega curva, sempre (per tutti e tre) nell'emisfero sinistro, salvo il caso del mancinismo motorio che implica quasi sempre il destrismo cerebrale di tutte o di alcune tra le forme del linguaggio.

La funzione del linguaggio può subire anche altre e gravissime offese che interessano ugualmente la memoria, ma che si riferiscono alle associazioni evocative, non già all'esistenza delle traccie. Avviene infatti per lesioni diverse ed eventualmente per la presenza di un focolaio, però con *sede* extra-nucleare, che i tre nuclei corticali del linguaggio rimangano integri, ma che siano interrotte le *comunicazioni inter-nucleari*. Avviene parimente che, restando integri i tre nuclei, vengano a troncarsi le *comunicazioni transcorticali* o *ideonucleari* fra uno o due di essi o tutti e tre da una parte e le altre regioni della corteccia dall'altra. Si capisce facilmente che in questi casi mancheranno sistematicamente certe maniere d'evocazione verbale, ma le traccie mnemoniche non saranno punto cancellate; e purchè il centro che le contiene non sia bloccato da tutti i lati, esse potranno evocarsi ancora per le vie rimaste integre. Simili lesioni, che aboliscono non un gruppo d'immagini, ma un complesso di rapporti, vanno naturalmente considerate dal punto di vista dell'evocazione, non da quello di cui stiamo trattando.

Sono invece della classe in discussione altre amnesie a focolaio che non riguardano il linguaggio. Fra queste, la più nota è la *cecità psichica*, di cui l'alexia non rappresenta che una forma e una localizzazione parziale.

La cecità psichica cancella le tracce mnemoniche delle immagini visive o una parte di esse. Quando l'amnesia non è totale, il che è frequentissimo, la lettura è atipica, salvo il caso dell'alessia, e può mantenersi in proporzioni così piccole, da permettere ancora un largo esercizio dei processi intellettuali: in un caso meritamente celebre di CHARCOT erano perdute le immagini *delle forme e dei colori* ed anche quelle delle lettere, ma l'ideazione, i discorsi e la lettura si compivano ancora, salvo che il malato doveva articolare mentalmente la parola interiore o leggere ripetutamente ad alta voce le frasi che voleva ben capire o ricordare. In ogni modo questo stato di cose non impediva la percezione visiva degli oggetti, ma poneva nell'impossibilità di figurarseli e di riconoscerli.

Il cieco psichico che vede un cappello non può più intendere che cosa esso sia, nè a che uso serva, perchè insieme a molte altre ha perduto le immagini congeneri, la cui sintesi formava la nozione astratta di quell'oggetto; o giustamente perchè ha perduto il segno simbolico in cui si concretava tale astrazione e che è localizzato unilateralmente nell'emisfero sinistro e precisamente nel centro dei simboli visivi. Così il malato si trova davanti ad un cappello come di fronte ad un corpo nuovo: non solo ignora che si tratti di un cappello, ma per l'obliterazione o la scomparsa dell'organo funzionante non può nemmeno mettersi in grado d'impararlo. Però, se il focolaio non comprometta che il centro dei simboli visivi, il cappello potrà essere riconosciuto, classificato e nominato pel tramite delle sensazioni tattilo-muscolari, i cui simboli sono rimasti del tutto illesi.

Le traccie cancellate per distruzione di elementi nervosi possono forse tornare a formarsi in altri elementi simili, ciò che costituisce la *compensazione* e che si cerca di ottenere per mezzo della *rieducazione*, ma solo nel caso che esista un territorio di riserva non intaccato dal focolaio. Perciò la rieducazione dei ciechi psichici e degli afasici che si trovano in condizioni simili è un tentativo esposto a frequenti insuccessi, benchè del resto non presenti il menomo inconveniente.

Combinata con la cecità psichica, e a quanto pare anche separatamente, può aversi l'amnesia dei simboli tattilo-muscolari: *astereognosia, asimbolia tattile od agnosia delle impressioni tattili e muscolari*. Secondo WERNICKE, che ne illustrò due casi assai istruttivi sia dal punto di vista clinico, sia da quello dell'anatomia patologica, la sede dell'astereognosia sarebbe nelle due circonvoluzioni rolandiche di sinistra e più precisamente al terzo medio.

Quando si sommano insieme la cecità psichica e l'astereognosia, dando luogo al quadro dell'*agnosia completa* od *asimbolia totale* (WERNICKE) o *demenza asimbolica* (HEILBRONNER), i malati non capiscono più il significato degli oggetti, non possedendo i simboli superstiti, cioè quelli dei suoni,

degli odori e dei sapori, formare nozioni abbastanza larghe sul mondo esterno. Questi soggetti sono ridotti ad uno stato di quasi assoluto anideismo; mordono una chiave, toccano un calamaio, si accingono ad afferrare una fiamma, si scoprono involontariamente, non sanno tirare a sè le lenzuola, vorrebbero uscire dalla loro camera, ma non conoscono più l'uso della porta e della maniglia. Oppure, malgrado la combinazione delle due asimbolie, rimane ancora un barlume di coscienza tattile e visiva perchè le immagini relative sono in piccola parte conservate; allora i malati si mettono in bocca il sigaro per traverso, tentano di bere da una bottiglia vuota e tappata, scambiano i calzoni per la giacchetta, uno specchio per una finestra, l'orinale per il bicchiere, tengono il cucchiaio al rovescio, sbagliano i nomi dei famigliari.

Incerta anatomicamente e rara clinicamente è la *sordità psichica*, per cui si cessa di intendere il valore dei suoni, compresi i verbali: quello d'una campana, di un orologio, di uno sparo.

Un'amnesia specialissima, che sembra localizzata nel misterioso emisfero destro, alla 2.ª circonvoluzione frontale, consiste nella perdita dei ricordi muscolari necessari al canto, mentre può persistere l'attitudine a riconoscere le melodie e ad eseguirle sopra uno strumento: *amusia* (Mann, Monakow).

Nella categoria delle amnesie muscolari, vicino all'afasia motoria e all'amnesia d'esecuzione vocale, vale a dire come una forma di *aprassia*, benchè si riferisca a movimenti involontari, si annovera anche l'amimia, che sarebbe localizzata nel talamo ottico di destra (Bechterew). Un'altra forma di aprassia è l'agrafia, la cui individualità clinica è però negata da quasi tutti i nevrologi, che la riguardano come una semplice complicazione dell'*afasia* motoria (d'articolazione vocale) o dell'alessia.

Qualunque forma di amnesia a focolaio, come del resto ogni paralisi corticale, può essere simulata, senza che siano distrutti gli elementi nervosi, dalle azioni tossiche della *paralisi progressiva* e dell'*uremia*. In questi casi le traccie mnemoniche non sono perdute, ma semplicemente paralizzate; e infatti è caratteristica, tanto nelle amnesie paralitiche come nelle amnesie uremiche, la *transitorietà*. Fra esse spesseggiano le monoplegie (senza emiplegia) che nei paralitici compaiono in forma d'accessi e negli uremici sono spesso altrettanto effimere (Lancereaux, Rose, Biginski).

Un altro genere di amnesia, completamente diverso, ma sempre con soppressione di traccie organiche, è quello che si collega ai traumi. In seguito a cadute, ferimenti, tentativi di suicidio (specialmente per impiccamento), commozione cerebrale, spavento od altre gravissime emozioni, l'amnesia assume spesso, oltre alla forma anterograda che abbiamo

già menzionato, anche la forma *retrograda*. Si ha così il tipo misto, che è appunto il più frequente, di *amnesia retro-anterograda*, ossia non solo la mancanza di memoria per ciò che è avvenuto poco dopo, ma anche l'oblio retroattivo di ciò che è avvenuto poco prima. Chi è investito da una carrozza, oltre a non ricordare l'urto, lo spavento provato, la località e i soccorsi ricevuti appena tornato in sè, dimenticherà completamente dov'era diretto e persino d'essere uscito di casa.

Disordini dell'evocazione mnemonica. — L'evocazione di molti ricordi, specialmente di quelli che non hanno carattere personale e che sono attaccati ad una serie complessa di associazioni logiche, può sospendersi momentaneamente e diventare impossibile anche in individui perfettamente normali durante un periodo di emozione o per uno stato di esaurimento nutritivo; davanti ad un superiore, ad un'assemblea, ad un tribunale o ad una commissione d'esami, oppure sotto l'azione dell'anemia o di un violento dolore fisico. In quest'ultimo caso e in molti altri si tratta d'una vera inibizione esercitata sul processo evocativo dalla prevalenza di altre associazioni e soprattutto da un sentimento di soggezione. Cessata questa prevalenza, cessa l'inibizione, e l'evocazione del ricordo è di nuovo possibile, anzi può riuscire facile e spedita.

Il processo d'evocazione può fallire anche per uno stato più o meno abituale di distrazione. Ciò avviene frequentemente negli *imbecilli* per difetto generale d'attenzione attiva; e per una causa ben diversa, ma che produce lo stesso effetto, nei pensatori la cui attenzione attiva è in eccesso, ma rivolta tenacemente ad un ordine chiuso di problemi astratti che li distolgono dalla contemplazione mnemonica dei fatti insignificanti.

Anche gli individui normali in condizioni non ordinarie, per esempio nella convalescenza di una malattia qualunque e nel risveglio dal sogno o dall'ipnosi, sono soggetti a difficoltà spesso insuperabili d'evocazione per tutto o per parte di ciò che è avvenuto durante la malattia, il sogno o lo stato d'ipnosi. Eppure le traccie mnemoniche delle immagini relative non hanno mancato di formarsi e di conservarsi: qualche volta tornano a brillare in atti vivi di rimembranza durante una recidiva o un nuovo sogno o un nuovo periodo d'ipnosi.

Indipendentemente dall'ipnosi, uno stato di cose simile a questo può avverarsi con alternative più o meno regolari in certi casi singolarissimi di isterismo. Si hanno così le *amnesie transitorie* od a periodi con reintegrazione successiva dei ricordi sospesi. Talvolta la vita delle malate, che tuttavia non perdono per questo la loro lucidezza, nè il sentimento della loro continuità personale, è un continuo avvicendarsi di due stati, che in sostanza non differiscono l'uno dall'altro se non per la diversità dei ri-

cordi evocati ed evocabili dalla coscienza: nello stato *primo* (ordinario) si dimentica ciò che è avvenuto nello stato secondo (o straordinario) e perciò i ricordi rimangono interrotti per lacune regolari; nello stato secondo può darsi parimente che restino attive le rimembranze dei periodi similari e sospese quelle dei periodi ordinari, ma può anche avvenire che rientrino in attività entrambi gli ordini di memoria, come nel celebre caso di Félida stupendamente descritto dal chirurgo AZAM di Bordeaux.

Le amnesie alternanti portano nell'umore, nel carattere e nella condotta curiose modificazioni, che sembrano basate sopra un preteso *sdoppiamento della coscienza* o della personalità, ma che si spiegano assai più semplicemente appunto con la differenza del materiale mnemonico di cui la coscienza può disporre. Gli effetti dell'amnesia si possono valutare giustamente immaginando quel che avverrebbe se si staccassero qua e là alcune pagine d'un libro; nello stato ordinario si ritrovano le pagine rimaste, ma non le pagine staccate; nello stato straordinario o si ritrovano soltanto le pagine staccate o si ricostituisce la memoria intera di tutto il libro, a seconda dei casi. Ciò che rende più strana la condizione delle isteriche soggette a queste alternative è il fatto che, verificandosi nello stato *secondo* o straordinario il ritorno delle due memorie, mentre nello stato *primo* od ordinario non sussiste che la memoria delle fasi normali, il bilancio mnemonico viene ad essere più completo nel periodo morboso che nel normale.

L'oblio totale o parziale per impossibilità d'evocazione è di regola nei guariti d'una malattia mentale che sia decorsa con offuscamento della coscienza e confusione delle idee. Le immagini nate nel disordine d'un delirio non possono rinascere nella corrente delle associazioni normali, che si conformano alla realtà esterna e tendono a respingere ciò che è isolato, incomprensibile od assurdo. Fra il pensiero d'un pazzo confuso e il pensiero d'un normale vi è una tale incompatibilità, che esclude ogni vincolo anche di semplice coincidenza mnemonica. Perciò, salvo il caso di un'ipermnesia eccezionale, riesce impossibile ad una persona ragionevole di ricordare anche per un brevissimo frammento il discorso d'un incoerente. E chi guarisce dalla pazzia confusa o si desta da un sogno non riesce che raramente e con grandissimo sforzo a ricordare qualche brano di ciò che aveva fantasticato o sognato. Per una ragione analoga le rimembranze ordinarie, la cui evocazione è affidata allo svolgimento regolare dei processi associativi, sospendono la propria attività militante e per lo meno non possono più coordinarsi o spiegare la loro efficacia in mezzo alle associazioni tumultuarie del delirio. Vi è l'oblio degli errori nello stato di lucidezza, e l'oblio della verità nello stato morboso.

L'impossibilità d'un parallelismo fra una serie ordinata di processi psi-

chici interamente illuminati dalla coscienza è un'accozzaglia irregolare di rappresentazioni che, qualunque ne sia il contenuto, si svolgono con legami insoliti nella nebbia della semicoscienza, è forse l'unica causa per cui si dimenticano gli atti compiuti durante un accesso larvato d'epilessia. È probabile che in questi casi, come in quelli del risveglio e della guarigione dopo una psicosi, si atrofizzino a lungo andare anche le traccie mnemoniche di ciò che è accaduto nello stato di semicoscienza; e ciò spiegherebbe la rarità con cui, verificandosi una ricaduta, si presentano fenomeni di reviviscenza. D'altra parte certi *epilettici* e certi *sonnambuli* ripetono ad ogni accesso azioni e frasi stereotipate che dimenticano nello stato di lucidità e che forse risultano dal rinnovarsi d'un identico sforzo evocativo in condizioni morbosamente favorevoli, sempre eguali e che non possono riprodursi nella veglia.

L'andamento dei processi associativi, senza uscire dai limiti fisiologici, è soggetto a notevoli variazioni sotto l'influenza dello stato affettivo, qualunque sia la causa di quest'ultimo. Nella *depressione sentimentale* d'origine psicopatica risuscitano, per una specie di spasmo evocativo, tutti i ricordi più tristi, ancorchè remotissimi e insignificanti, le piccole colpe di gioventù, i presagi sinistri, le amarezze passeggiere di tutta l'esistenza trascorsa; e da questa ipermnesia dolorosa che affolla la coscienza di rimembranze vere, ma d'un genere solo, chiudendo l'adito a quelle del genere contrario, nasce nei malati, per lo più *melanconici*, l'illusione retrospettiva d'essere sempre stati infelici e perseguitati da un destino tragico che talvolta diventa argomento d'un delirio.

Invece nell'*esaltamento sentimentale*, principalmente nell'ipomania, l'alacrità dei processi associativi favorisce le evocazioni insolite senza impedire la reviviscenza di tutti gli altri ricordi, ciò che produce uno stato d'ipermnesia attuale di cui i malati, ancora lucidi, si accorgono e si compiacciono. In compenso i maniaci, giunti a guarigione, dimenticano anche più dei melanconici i fenomeni troppo frettolosamente osservati della loro malattia, e spesso, sotto la vaga reminiscenza del benessere provato durante l'esaltamento, rimangono poco persuasi d'essere stati veramente ammalati.

Fra i disturbi dell'evocazione mnemonica tornano in scena le amnesie circoscritte e specialmente le afasie che sono determinate da lesioni localizzate. La lesione, per lo più un focolaio, non invade punto la sede delle immagini, ma bensì le sue vie d'accesso. Perciò le traccie mnemoniche delle immagini non sono cancellate, ma resta impedito come per un taglio di nervo il processo d'evocazione. Anche se la lesione è irreparabile, l'immagine mnemonica, la cui mancanza costituisce l'unico sintomo visibile della malattia, potrà sempre rivivere per mezzo d'altri processi evo-

L'afasia amnestica può presentarsi sotto forme attenuate e parziali. In questo senso si distinguono i seguenti quadri clinici: l'antonomasia, che è l'impossibilità o la difficoltà di evocare i sostantivi; l'agrammatismo, che è l'incapacità di dare una forma grammaticale alle frasi pronunciate; l'afasia *sistematica dei poliglotti*, che è l'impotenza a ricordare le parole d'una data lingua. Tutti questi casi implicano l'abolizione del pensiero verbale. Ma può darsi che la dissociazione psico-nucleare non interessi che uno solo o due dei centri nucleari: è evidente che allora, se mancherà la traduzione del pensiero in simboli verbali di carattere muscolare, potranno rimanere quelli di carattere visivo ed acustico, e viceversa.

L'importanza della lesione dipenderà dalle abitudini dei soggetti. Vi sono individui il cui pensiero verbale decorre esclusivamente per simboli muscolari ossia per immagini di pronuncia; *tipo oratore*. Altri pensano invece le parole come se le udissero: *tipo uditivo*, ed altri come se leggessero: *tipo visivo*. Però la grande maggioranza appartiene al *tipo misto*. Quando si determina un'afasia amnestica di forma parziale, i malati cercano di portare al massimo grado di sfruttamento i rapporti superstiti di associazione, ciò che riesce abbastanza facile se il centro nucleare che è rimasto collegato è in pari tempo quello che è depositario dei simboli verbali più famigliari al malato. In ogni modo, qualora l'evocazione delle immagini verbali ancora evocabili non riesca abbastanza viva e fruttuosa, i malati possono corroborarla con movimenti mimici se si tratta di pensare parole da pronunciarsi o da scriversi e con la visione ideale d'un alfabeto se vogliono rappresentarsi una parola come se la leggessero.

Tutte le forme di afasia amnestica che furono menzionate sinora sono determinate dal distacco di uno o di più centri del linguaggio dal resto della *corteccia cerebrale*, ossia dagli altri centri ideo-mnemonici, senza distinzione alcuna. S'intende che a questo modo qualunque idea, indipendentemente dalla natura delle immagini che la compongono, si trova nell'impossibilità d'influire sui centri o sopra un centro del linguaggio e di trovarvi il simbolo verbale corrispondente. Ma può anche darsi che una simile incapacità d'espansione non colpisca che una singola categoria di immagini, mentre tutte le altre non cessano di trasformarsi in parole. L'unico esempio nitido di un'eventualità così singolare è appunto quello che ebbe da Freund il nome di *afasia ottica*.

L'afasia ottica è spesso l'avanguardia della cecità psichica o della totale afasia amnestica, ma non è nè l'una, nè l'altra di queste forme cliniche. Il malato riconosce esattamente l'oggetto che vede, poniamo un orologio, tanto è vero che vi legge le ore o lo carica; dunque non è un cieco psichico. D'altra parte, non ha alcuna difficoltà a pronunciare il nome dell'orologio, sia per imitazione, ripetendolo, sia anche spontanea-

fenomeno di dissociazione interna ed esterna, in quanto è un atto dinamico e momentaneo, costituisce il processo dell'astrazione che ci permette di costruire le nostre idee generali; in quanto poi diventa una condizione di cose permanente e legata ad una dissociazione anatomica, facilita questa funzione alta ed utilissima dell'intelligenza. Grazie alla dissociazione ed all'impossibilità del riconoscimento mnemonico, le immagini elementari che con la loro unione e i loro legami esterni costituivano il ricordo completo ed autentico, rimanendo disposte rozzamente per rapporti di contiguità, subiscono una irreparabile disgregazione, che permette loro di contrarre rapporti più stabili e più utili con altre immagini elementari o coi complessi simbolici di altre immagini elementari. Le frazioni non riconosciute del ricordo vanno così a formare o a rifondere le associazioni di somiglianza e di causalità che arricchiscono l'intelligenza in luogo d'ingombrare inutilmente la memoria di luogo e di tempo.

In questo senso un primo grado di attenuazione mnemonica, cioè la perdita dell'attitudine al riconoscimento, può dunque rappresentare un processo fisiologico ed utile, sebbene non strettamente necessario, all'evoluzione dell'intelligenza. Perciò l'involuzione parziale del ricordo (fattore evocativo, ma non più riconoscibile) non è da considerarsi senz'altro come un fatto patologico. Essa non acquista questo carattere che quando colpisca i ricordi recentissimi e d'un alto interesse personale. Ora, nelle malattie mentali è ben difficile che l'amnesia si arresti al primo grado, e di solito insieme al riconoscimento va perduta anche l'evocazione, per cui si arriva alla dimenticanza completa. Tuttavia, in mezzo agli altri disordini della pazzia, possono anche manifestarsi singoli errori del riconoscimento mnemonico, errori che si confondono da un lato con le amnesie (incomplete e complete), dall'altro coi deliri.

Qualche volta, anche trattandosi di fatti importanti o di recentissima data, i malati ne ricordano abbastanza bene l'argomento, ma rimangono incerti nel riconoscimento: *amnesie incomplete*.

Le stesse esitazioni possono nascere anche di fronte a rappresentazioni o percezioni che si producono per la prima volta, ma che assumono la maschera di vecchi ricordi: *paramnesie, false reminiscenze, errori della memoria, illusioni* e persino *allucinazioni della memoria*. Meglio che dalle espressioni enumerate nella psicologia ufficiale, questo singolare stato psichico è definito da d'ANNUNZIO in « *Giovanni Episcopo* » come il sentimento dell'*anteriorità* di ciò che accade o sta per accadere, per cui si crede di assistere alla ripetizione inevitabile d'avvenimenti già avvenuti. Cosa caratteristica, l'illusione paramnestica non è mai completa (paramnesia [illegible]), e il falso riconoscimento rimane allo stato d'una semplice tendenza. In realtà, tutto ciò ha ben poco a che fare con la patologia della

memoria: la rappresentazione che è oggetto dei nostri dubbi ha un tal rassomigliare ad un ricordo, ma non è un ricordo e non ne possiede interamente neppure l'apparenza.

Questo fenomeno, molto studiato, è connesso con gli stati di commozione e di stanchezza affettiva. Lo s'incontra nella *neurastenia*, nelle *psicosi d'esaurimento* e, più ordinariamente, nelle brevi *crisi di depressione* che sono così comuni fra i normali di mente raffinata.

Lo scambio d'una percezione nuova o d'una rappresentazione qualunque per un ricordo personale ha luogo abbastanza di *sovente* nei pazzi non più in forma di dubbio, ma in forma di certezza: *paramnesia affermativa*. Anche in questo caso la falsa certezza non dipende dalla funzione mnemonica, che non ha materia su cui agire dove manca una percezione o una rappresentazione anteriore, ma è il prodotto della credulità, dell'impotenza critica e dell'autosuggestione, che fioriscono negli stati di *confusione mentale*, *d'incoerenza* e *di deficienza*. Infatti la paramnesia affermativa è frequente nei *dementi senili*, nei *paralitici*, negli *amenti*, nei *paranoici* e negli *imbecilli*.

I *vecchi*, la cui mente è indebolita e la cui esistenza è una continua alternativa fra il sonno e la sonnolenza, scambiano spesso il ricordo ipnagogico per un ricordo genuino, e credono o dubitano che sia realmente avvenuto ciò che hanno soltanto sognato: rumori nella camera vicina, visite di parenti, assalti notturni di ladri. I *paralitici* dicono e credono, fra dubbiosi e convinti, d'essere stati a banchetto, a nozze od in viaggio la sera innanzi, mentre non si sono mai mossi dal manicomio. I *paranoici*, infatuati dei loro deliri, li proiettano all'indietro, deformando i ricordi del passato non diversamente da quel che fanno con le percezioni del presente. Similmente gli *imbecilli*, sommando l'amnesia con la credulità o con la petulanza, riescono efficacissimi suggestori di sè medesimi e testimoni pericolosi nei processi. A tutti questi casi di paramnesia affermativa si devono aggiungere le notissime menzogne in buona fede delle *isteriche*, che scambiano per una rimembranza personale il prodotto d'una fantasia appassionata.

CAPITOLO VII.

I sentimenti

FISIOLOGIA DEI SENTIMENTI.

I sentimenti, accompagnandosi con le rappresentazioni, formano l'altro lato dell'attività psichica: il lato talvolta luminoso e soverchiante, spesso appena avvertibile, di rado del tutto assente, in cui sono contenuti i motivi della nostra condotta. Senza questa ripercussione sentimentale, che infonde ai fenomeni di cui siamo spettatori un certo interesse personale, rendendoceli graditi o sgraditi, noi non avremmo alcuna ragione d'uscire neppure per un istante da una passiva e sterile contemplazione, e l'intelligenza non servirebbe a nulla.

L'intelligenza ci fa conoscere la realtà rispecchiando i suoi innumerevoli aspetti mediante una serie di rappresentazioni interne, che corrispondono o letteralmente o logicamente all'ordine obiettivo dei fenomeni esterni e non ne sono che un duplicato più o meno fedele. L'attività sentimentale, invece di rispecchiare gli oggetti e gli avvenimenti per quel che sono in sè stessi, li segnala alla coscienza per quel che valgono rispetto a noi, ossia per quel che ci fruttano di piacere o che ci costano di disagio.

Questo dilemma fra il benessere e il malessere psichico, che si presenta incessantemente davanti a tutto ciò che è capace d'impressionare la coscienza, non è che la traduzione in termini subiettivi del bivio fra il bene e il male a cui il nostro organismo è esposto continuamente nello sviluppo e nell'esercizio delle sue funzioni. Per rendere possibili le discriminazioni, non basta che gli avvenimenti siano raffigurati nella coscienza come rappresentazioni, ma è necessario ch'essi siano sentiti come piaceri o come dispiaceri.

A questo modo anche i sentimenti rientrano nella legge di corrispondenza col mondo esterno, al quale sono legati indissolubilmente, benchè per mezzo d'un rapporto indiretto ed affatto unilaterale. Nel piacere e nel dolore psichico è racchiusa l'indicazione sottintesa, ma che di rado

che costituiscono o una forma abortiva, ma irreparabile, della melanconia o un suo reliquato, parimente irreparabile. La tristezza, la timidezza, il pessimismo di questi anomali o valetudinari del sentimento, di cui fu forse un esemplare Filippo II di Spagna, non raggiunge le proporzioni morbose che si riscontrano nella vera melancolia; perciò la diagnosi sfugge e i malati non sono oggetto di cure, nè di ammissione nei manicomi. È altresì anomala costante, ma non di natura patologica, la torpidezza dei *cretini* e dei *microcefalici*, la vivacità di molti *imbecilli*, la serietà concentrata di molti *epilettici intelligenti*. In questi malati il malumore e il buonumore sono l'espressione naturale della cenestesi o d'uno stato affettivo conforme alla potenzialità libera.

Lievi oscillazioni dell'umore sono conciliabili con la più perfetta integrità mentale anche se non sempre si riesce a riscontrarne la causa legittima nell'ambiente esterno o nell'ambiente somatico. Certi avvenimenti di scarsa importanza influiscono sul nostro umore benchè il loro ricordo rappresentativo non si trovi nel foco della nostra attenzione, ed anche i mutamenti cenestetici sono spesso oscuri ed ignorati o, piuttosto, trascurati nei quadri del movimento rappresentativo, mentre esercitano un'azione corrodente nell'intimità del movimento sentimentale.

Fanno eccezione a questa regola le *isteriche*, il cui umore, indipendentemente dalle anomalie del loro carattere, varia all'improvviso con oscillazioni troppo vivaci per poter riferirsi a motivi inavvertiti. Eppure, queste malate ignorano il motivo della loro tristezza o della loro allegria; talvolta lo cercano in fatti o disturbi reali, ma che evidentemente non sono inquadrati nel disordine sentimentale o ne sono semplicemente l'occasione. Le isteriche dimostrano la stessa indipendenza dai fattori fisiologici delle modificazioni sentimentali anche per la loro facilità alle emozioni intempestive. Esse impallidiscono, tremano, cadono in convulsioni e si commuovono fortemente per avvenimenti frivoli o per leggerissime perturbazioni della cenestesi provocate dalla vista o dal pensiero d'un oggetto ripugnante.

La tristezza e l'allegria sono in questi casi l'espressione di processi *interni*, che si svolgono nel cervello all'infuori dei loro stimoli fisiologici. Si tratta d'un vero errore del sentimento, d'una specie d'*allucinazione sentimentale* che, come l'allucinazione sensoriale, può essere riconosciuta per morbosa ed anche in via d'eccezione rettificata, ma per lo più genera errori di giudizio, alterando il significato o le proporzioni degli avvenimenti; e trascina anche ad errori di condotta, invertendo od esagerando le reazioni d'adattamento ad un ambiente realmente percepito, ma erroneamente sentito. Donde, nel campo passivo del sentimento, le simpatie e le antipatie improvvise, gli scoraggiamenti e gli entusiasmi.

il rapido avvicendarsi della modestia e della petulanza; nel campo attivo della condotta, gli accessi di riso e di pianto, gli atti di collera e di adorazione, che sono così comuni fra le isteriche.

Con minor ricchezza di sfumature per la deficienza di materiale rappresentativo, ma con mutamenti di scena altrettanto repentini, si dimostrano eminentemente instabili d'umore i *dementi apoplettici* e i *dementi senili*. Ed anzi in questi casi risulta ancor più chiara l'origine morbosa del fenomeno. La presenza di lesioni materiali nel cervello di questi malati autorizza a credere che anche i loro mutamenti d'umore, che si esprimono con tanta sovrabbondanza di mimica, sono dovuti a processi non solo abnormi, ma vagamente paragonabili a quelli abbastanza noti e precisi che determinano gli altri sintomi della malattia e che si svolgono principalmente nel dominio dell'apparecchio circolatorio. Le emozioni e il passaggio dalla tristezza all'ilarità sono nei dementi senili ed apoplettici assai facili e superficiali. Lo stesso si verifica, ma con minor costanza, nei *paralitici progressivi*. Perciò, mentre le crisi sentimentali delle isteriche sono spesso drammatiche, quelle dei dementi senili, apoplettici e paralitici non danno luogo che a contrasti grotteschi o puerili.

L'umore è instabile, ma in modo più ragionevole, benché ad oscillazioni estremamente veloci, negli *epilettici*, che d'ordinario sono cupi ed irritabili o per lo meno seri con tendenza all'ipocondria; ma qualche volta, in uno stato di leggerissima confusione mentale, che forse è un equivalente abortivo dell'accesso, toccano per un momento l'apogeo del buonumore e sfoggiano un'allegria di cattivo gusto, antipatica, condita di crudeltà.

Più frequenti, più caratteristici e quindi più importanti per la psichiatria sono quegli spostamenti d'umore che si protraggono per settimane e per mesi senz'interruzione o sul tono della tristezza o sul tono dell'allegria, e che formano le sindromi della *depressione* e dell'*esaltamento sentimentale*. L'assenza morbosa e protratta di qualsiasi reazione sentimentale forma una terza sindrome: quella dell'*apatia*.

DEPRESSIONE SENTIMENTALE. — La depressione sentimentale è il preludio di molte malattie mentali (secondo GUISLAIN di tutte), è la fase obbligata di altre, è il sintomo tipico della *melancolia semplice*, è il sintomo fondamentale delle altre varietà di melancolia.

I numerosi sintomi di quel ricco quadro clinico che corrisponde alla melancolia nascono e si moltiplicano appunto nell'atmosfera della depressione sentimentale. Sotto quest'atmosfera opprimente ogni processo psichico stampa nella coscienza il suo solco doloroso. La percezione del presente, la contemplazione del passato, la visione dell'avvenire, le sensazioni più innocue, gli avvenimenti più insignificanti diventano una sor-

gesto di dolore, che da un'uggia sorda ed ostinata può arrivare fino alla disperazione. Il sentimento, scolta nascosta dell'organismo, in questa sua continua e falsata orientazione verso il male perde l'attitudine a segnalare il bene, e, fino a quando non cessa la malattia, non reagisce agli stimoli che dovrebbero recar piacere; o vi reagisce, ma in forma paradossa, cioè dolorosamente.

La tensione dolorosa può deformare i giudizi che il malato concepisce sopra il mondo e sopra sè stesso, e inspirargli diffidenze o paure che si consolidano in delirî. Di fronte al mistero d'un dolore senza motivo visibile o sufficiente, questi delirî costituiscono la soluzione patologica d'un dubbio subiettivamente insolubile: essi assumono raramente la forma della certezza, ossia d'un vero delirio, come nella paranoia, e si arrestano piuttosto alla fase di un'ipotesi irragionevole e dolorosa. Se poi il malato, conservando l'integrità dei suoi giudizi (com'è frequente), si astiene dalle interpretazioni deliranti, l'ignoranza dei motivi non è meno aggravante del delirio, perchè genera per lo meno il dubbio ragionevole d'un dolore indipendente da cause esterne e rimovibili, e perciò dovuto, forse, alla costituzione nervosa, ossia ad un privilegio funesto che incoraggia il più amaro pessimismo. In materia di patologia dei sentimenti non è fuor di proposito citare un poeta decadente quando, come Paul Verlaine, abbia conosciuto per esperienza propria anche questa nota della gamma melancolica:

> Ce deuil est sans raison.
> C'est bien la pire peine
> De ne savoir pourquoi,
> Sans amour et sans haine
> Mon cœur a tant de peine.

La depressione dell'umore spinge i malati anche ad irregolarità gravi della condotta; ad atti d'esitanza, di timidezza, di ritrosia, di fatalismo, di rinunzia, che mettono a repentaglio i loro interessi. Fra questi atti non è raro il suicidio. Se poi al disordine sentimentale si unisce anche il delirio; o se, come nel *raptus melancholicus*, il parossismo doloroso oscura la coscienza, in tal caso le aberrazioni della condotta toccano l'estremo limite dell'insensatezza. Si vedono alienati al colmo della disperazione, che invece di finirla con la vita, ciò che nelle loro condizioni sarebbe forse logico, preferiscono mutilarsi i genitali, denunziarsi come rei di colpe immaginarie, avventarsi contro sconosciuti innocui e non odiati, nè temuti, senz'altra finalità che quella di procurarsi un diversivo a qualunque costo.

Esaltamento sentimentale. — L'esaltamento sentimentale si manifesta con sintomi più o meno esattamente contrari a quelli della depressione, ed è

Indifferenza sentimentale. — La mancanza totale e continuata di qualunque reazione sentimentale caratterizza la *stupidità* od *amenza astenica*, dove la sospensione dei sentimenti va di pari passo con quella dei processi ideativi. Essa è il correlativo necessario di ogni affievolimento che colpisca i processi psichici, e perciò si riscontra anche nei vecchi sulla china della *decadenza mentale*. Questi malati, e in particolare gli amenti, presentano spesso associata con quella dei sentimenti l'anestesia delle impressioni dolorifiche. In ogni modo, l'inerzia del loro pensiero e del loro contegno e la presenza d'altri disordini più appariscenti tolgono quasi ogni interesse all'alterazione puramente negativa dei sentimenti, che in questi casi è una conseguenza ovvia di un'inattività generale.

Nel decorso della *melancolia*, in luogo della tensione dolorosa che ne è il sintomo più comune, si ha qualche volta uno stato d'aridità sentimentale, per cui i malati sono perplessi e si rimproverano d'esser diventati insensibili e sopratutto anaffettivi. Questa carenza affettiva è piuttosto un'autosuggestione morbosa che un fatto reale; e in ogni modo, il melancolico che verifica o crede di verificare in sè stesso la perdita degli antichi affetti finisce per trarne motivo d'amarezza e ricade sempre nel dolore. Che del resto l'insensibilità affettiva sia apparente o per lo meno amplificata ad arte dai malati, lo prova la circostanza che sovente essi pretendono falsamente d'essere stati duri di cuore e noncuranti della propria famiglia o degli amici anche prima d'ammalarsi, dando così un saggio evidente d'illusione retrospettiva provocata dal loro pessimismo. D'altra parte è innegabile che alcuni infermi in istato di depressione non si occupano affatto dei loro famigliari e si dimostrano esigenti ed impazienti a un segno tale da giustificare pienamente la loro confessione d'insensibilità affettiva.

2.° **Variazioni patologiche nel dominio delle emozioni.** — Tra i fanciulli nevropatici, molto più spesso che tra i normali, si verifica un fenomeno dei più caratteristici, quello del *pavor nocturnus*. Durante il sonno, di solito poco dopo d'essersi addormentato, il fanciullo (tra i 4 e gli 8 anni) apre gli occhi, si mette a sedere sul letto con lo sguardo ansioso, agita le braccia come per liberarsi da un incubo, pronuncia parole incomprensibili o grida al soccorso senza riconoscere gli astanti. L'accesso si prolunga per mezz'ora o più, qualche volta si divide in due riprese; poi subentra la calma, e il resto della notte passa nel sonno profondo. Al risveglio manca il ricordo dell'accaduto. Queste crisi di terrore notturno si rinnovano due o tre volte per settimana, ma nel più dei casi anche tutte le notti; è affatto eccezionale che si presentino durante il sonno diurno, che pure è così comune nell'età infantile, e non compaiono mai nella

emotiva. Fra l'ambizioso e il perseguitato non v'è che questa differenza: che l'uno crede alla realtà di ciò che *teme*, l'altro alla realtà di ciò che *spera*. Nell'eccessività di questo timore o di questa speranza è già contenuto il germe del delirio.

L'*ambizioso megalomane* sogna alleanze, sudditi e consacrazioni solenni, perchè è vano, sciocco e cocciuto e, fra le molte interpretazioni possibili della propria posizione nell'universo, adotta con sicurezza la più lusinghiera pel suo amor proprio, anche se è la più infondata ed inverosimile.

Gli *ipocondriaci* sono ispirati da una esagerazione morbosamente egoistica dell'attaccamento alla vita, che nei normali non si impone alla coscienza se non in caso di pericolo o in brevi momenti di debolezza, ma senza provocare convinzioni, nè dubbî di natura delirante.

Del resto è comune in molte classi d'alienati lucidi il fervore precoce e segreto con cui si abbandonano alle audacie della fantasia. L'indefinito ha un fascino che è gustato anche dai normali raffinati, ma i degenerati e gli imperfetti se ne inebbriano fino al delirio. Nei momenti d'ansietà e di dolore ripullulano le superstizioni. La paura della morte, l'orrore della morte altrui, l'aspettativa d'una sentenza rigettano le intelligenze deboli nelle braccia della religione. Lo sgomento dell'ignoto spinge i fanciulli che si sono trovati qualche volta all'oscuro nei meandri del misticismo. Le misteriose espressioni di voluttà che preannunziano l'adolescenza tendono altri agguati, e talvolta legano alla coscienza idee soprannaturali che si trasformeranno in delirî. Gli infermi, già solitari per la loro indole mistica ed antisociale, si isolano anche intellettualmente, allontanandosi sempre più dal modo di pensare della collettività, che è mistica soltanto per abitudine e per ragioni pratiche. La disaffezione del pazzo mistico arriva fino al disprezzo della propria famiglia, e lo induce a sconfessare i genitori e a credersi figlio di principi o di personaggi fantastici ed altolocati.

Le stravaganze e le impulsività vengono apprezzate anche volgarmente come manifestazioni morbose ogni qualvolta sono il frutto d'una metamorfosi così straordinaria e così peggiorativa in confronto coi precedenti dell'individuo, da metterlo sotto una luce assolutamente nuova. I suoi atti e i suoi sentimenti sembrano il prodotto di un'altra personalità e sarebbero inesplicabili senza l'intervento d'un fattore morbigeno. Questo fattore è spesso rappresentato da un trauma.

Le *psicosi traumatiche*, anche se non danno luogo a delirî e ad amnesie, si riconoscono nella passività del carattere, talvolta nell'irascibilità, nella dipsomania, nella scomparsa del senso morale. La stessa dissoluzione più o meno completa del carattere si osserva spesso nell'*alcoolismo cronico*; tal-

volta i malati, senza venir meno alle leggi dell'onestà, si limitano a trascurare i proprî doveri o la nettezza della persona o le norme della creanza, diventando trasandati, cinici e grossolani.

Anche il processo della *paralisi progressiva* s'inizia quasi sempre spogliando i malati di quei poteri inibitori che solevano trattenerli dagli atti di spensieratezza. I paralitici diventano arrischiati negli affari, poco scrupolosi, loquaci e talvolta sinceri fino all'ingenuità, appunto perchè hanno perduto non tanto la capacità intellettuale quanto l'*interesse morale* a riflettere ed a frenarsi. Sebbene siano ancora in grado di capire la portata dei proprî atti e delle proprie parole, rifuggono da uno sforzo d'inibizione di cui non sentono più l'importanza. Per essi tutto è semplice, senza veli e senza malizia. Il loro ottimismo puerile li rende insensibili ai pericoli ed alle disgrazie. Così si vedono paralitici ancor lucidi e validi, ma che per crisi precedenti hanno perduto l'impiego o la clientela, abbandonarne la riconquista all'iniziativa delle loro mogli, lasciandosi rimorchiare da esse senz'alcuna umiliazione e con passività completa, sia nel maneggio degli affari, sia nel governo della famiglia.

Il carattere morale subisce trasformazioni notevoli e tipiche nel processo involutivo della *vecchiaia*. Vi sono individui che, invecchiando, perdono ogni affettività: detentori principali e tenacissimi della ricchezza e dell'autorità, esercitano una tirannia gretta, testarda e bisbetica sui famigliari, sui dipendenti o sui popoli di cui disgraziatamente stanno a capo; spesso prendono a disamare e ad invidiare i proprî figli; o cedono a strani risvegli dell'erotismo, della vanità e dell'ambizione; o, scendendo agli ultimi gradini dell'egoismo, si disinteressano completamente di tutto ciò che oltrepassa i confini della loro camera, del loro scrigno o della loro mensa. D'altra parte, non mancano esempî del tipo contrapposto, cioè del vecchio che diventa più indulgente, più amabile, più generoso e soprattutto più sereno di prima. Eppure, anche questa specie di metamorfosi benefica è dovuta a lesioni distruttive, perchè in fondo non deriva da nuovi acquisti affettivi, ma dalla scomparsa delle passioni e preoccupazioni perturbatrici, ossia da un processo di semplificazione del carattere, che entra nel quadro dell'atrofia corticale. Vi è chi perde virtù (è il caso più generale) e chi non perde che qualche difetto. Queste perdite successive, se si complicano con l'indebolimento intellettuale e con l'amnesia, come avviene assai di sovente, conferiscono un'impronta del tutto speciale ai noti delirî della *demenza senile*.

Il carattere dell'*epilettico* si distingue a sua volta per certe contraddizioni affettive che costituirebbero un enigma se non si spiegassero come un effetto della malattia. È nota l'intransigenza ardente con cui gli epilettici adempiono certe formalità del rito religioso o esercitano la propaganda.

organica dell'attività cerebrale e niente di più, non vi è alcun bisogno di documentare la fatalità morbosa delle sue anomalie con mostruosità grossolane, con tumori o con accessi convulsivi rientrati, che nella massima parte dei casi sono ipotetici o non influiscono sulla degenerazione etica. Bisogna poi guardarsi dal giudicare come abnormi i non pochi criminali intelligenti che portano il marchio della criminalità ingiustamente, cioè in seguito ad errori giudiziari o in base ai gretti criteri del codice o della morale corrente; e riflettere, invece, che la massima parte dei reati individuali sono l'espressione delle anomalie ed imperfezioni sociali.

L'incoerenza più completa e più evidente del carattere si riscontra nei *dementi giovanili*. Questi infermi, che spesso conservano intatto il tesoro dei propri ricordi, che in certi momenti parlano non senza arguzia, che scrivono con apparente assennatezza, commettono le più madornali incongruenze di condotta e di contegno, e giungono ad un punto tale di assurdità, da generare, come le isteriche, il sospetto dell'ostentazione continuata. Nei dementi giovanili non si formano più o si dissolvono quelle abitudini d'inibizione sistematica, la cui misura e direzione costituisce il principale distintivo della personalità psichica: quantunque la coscienza conservi la lucidezza ordinaria, i malati si abbandonano a tutte le stravaganze suggerite dalla fantasia senza curarsi se riesciranno vantaggiose o nocive ai loro interessi più remoti. In possesso d'una discreta esperienza, di parecchie cognizioni e perfino di qualche ingegno, i dementi giovanili, per l'ostinazione che spiegano nel non servirsene, sembrano la caricatura volontaria degli *imbecilli*.

A loro volta gli *imbecilli*, anche giungendo a tarda età, sono la caricatura, però evidentemente involontaria, dei fanciulli, a cui rassomigliano per la spensieratezza, la crudeltà e la vanità. E gli stessi *paranoici*, nella fede che prestano alle proprie costruzioni fantastiche, non fanno che sviluppare i germi ipertrofici di quel misticismo, che fra i normali fiorisce per breve tempo nell'adolescenza, ma per estinguersi appena sopravviene l'età adulta.

I turbamenti dell'affettività e del carattere possono venir confusi con quelle oscillazioni fisiologiche che consentono anche ai normali di differire tra di loro e con sè stessi a seconda dei momenti. L'equivoco è abbastanza frequente per le alterazioni lievi ed isolate con cui così spesso le malattie mentali incominciano. Del resto, anche individui apparentemente normali sono talvolta esposti a bufere passionali così violente, da lasciar adito al dubbio, che può concretarsi in un problema giudiziario, se non debbano essere interpretate e scusate come fenomeni patologici. Certe esplosioni d'odio, d'amore, di libidine, di collera e di paura, specialmente se si presentano in giovani, il cui carattere è tuttora un'incognita, costituiscono un quesito spesso insolubile per l'alienista chiamato a pronunziarsi.

Può anche darsi che la manifestazione passionale sia l'effetto d'una doppia causa: cioè che si debba in parte ad una personalità estrema, ma non decisamente anomala o psicopatica, in parte ad un disordine insolito e passeggero, che agisce come un fattore supplementare. Questo fattore esogeno, che qualche volta è dimostrabile praticamente, può agire anche da solo. È evidente che certe infermità o disordini momentanei dell'organismo, come la *nevrastenia*, l'*isterismo*, l'*alcoolismo*, l'*ubbriachezza*, le *nevralgie*, anche se rispettano completamente l'intelligenza e sono ben lontani dal raggiungere il grado di vere e proprie psicosi, minacciano da vicino tutti i processi nervosi, compresi gli affettivi. Non vi è motivo di meravigliarsi se, in un momento di soprassaturazione patologica, la minaccia si realizzi, pervertendo ed esagerando l'intensità della reazione passionale.

Queste ed altre raffinatezze di casistica morale non hanno ancora oltrepassata la soglia della psicologia letteraria, che del resto si è resa spesso benemerita della psichiatria con anticipazioni molto felici. Ma gli alienisti non sarebbero così spesso chiamati a pronunciare sulla responsabilità di delinquenti lucidi e passionali giudici vani ed incompetenti, se la legge penale fosse più larga e ragionevole nei suoi criteri direttivi. Sotto l'influenza delle idee moderne i tribunali accordano facilmente l'irresponsabilità e quindi l'impunità ai criminali più incorreggibili perchè vi ritrovano anomalie e segni d'inferiorità che interpretano come causa necessaria ed organica del reato. I rigori della legge sono invece riservati ai delinquenti passionali, che per loro disgrazia rassomigliano assai di più al tipo medio della gente onesta e normale e che perciò sentono anche più vivamente il rammarico e la vergogna del castigo. Eppure i delinquenti passionali sono più meritevoli di simpatia e immensamente meno pericolosi dei così detti delinquenti nati.

CAPITOLO VIII.

I movimenti e le altre reazioni esterne

PSICOLOGIA DEI MOVIMENTI.

L'intelligenza si estrinseca principalmente per mezzo dei movimenti volontari: gli atti e le parole d'un individuo sono il grande indice delle sue condizioni psichiche. Ma qualunque altro processo d'innervazione centrifuga, anche il più umile, può fornire all'occorrenza indizi indiretti. Negli archi diastaltici della vita vegetativa penetra dall'alto l'influenza psichica e qualche volta si rivela con reazioni visibili e perturbazioni caratteristiche. Negli atti psichici si deve poi sempre presupporre un antefatto sensoriale che proviene dal di fuori o cenestetico che proviene dall'interno: per quanto remoto, indistinto o dimenticato, questo precedente necessario opera come uno stimolo fisiologico e riduce anche le iniziative volontarie al grado di riflessi, non diversi dalle reazioni comuni che per la loro maggiore complicazione. Dalla secrezione d'una glandula alla contrazione dei muscoli lisci e da una singola determinazione ad un programma di condotta che si esplichi lentamente nel ciclo d'una vita umana, nonostante l'autonomia relativa con cui funzionano ordinariamente le diverse reti nervose del simpatico, del midollo spinale, dei gangli subcorticali e della corteccia cerebrale, è dunque una catena continua di reazioni simili e solidali.

Da questo punto di vista la psichiatria prende in considerazione non solo le manifestazioni motorie che sono il prodotto diretto del lavoro intellettuale, ma anche i riflessi incoscienti. Nella mimica facciale, nelle reazioni delle pupille, in quelle dei nervi spinali si leggono commenti importanti al dramma talvolta oscuro che si svolge internamente; e tutti questi riflessi formano una controscena muta che può vincere in evidenza, come sempre vince in semplicità, la serie sovrabbondante e contradditoria delle azioni volontarie. Così si utilizzano per lo studio dei fatti psichici tutti quei fenomeni d'innervazione centrifuga che, essendo suscettibili d'esame, possono palesarci qualche cosa sullo stato degli organi corticali: gli atti volontari, gli atti istintivi, i movimenti espressivi, e persino quei re-

salivazione, il sudor freddo, l'erezione e l'eiaculazione, ed altri fenomeni dello stesso genere, che a loro volta possono essere provocati da motivi psichici.

Nelle variazioni mimiche della faccia trova riscontro preciso e pronto ogni genere ed ogni sfumatura quantitativa di sentimento. DARWIN sostiene addirittura che certi gesti sono ereditari: bambini nati ed allevati in Inghilterra, ma d'origine francese, alzavano, per esprimere noncuranza, le spalle, gesto sconosciuto agli Inglesi. A parte l'eredità, vi sono gesti che, nell'infanzia, rispondono ad una finalità e poi persistono con significato simbolico. Un cattivo odore suscita come reazione l'arricciamento del naso accompagnato da una forte espirazione, che scaccia dalle narici l'odore invadente e temuto; la stessa reazione si ripete, per analogia, di fronte allo schifo morale. Per fissare meglio un'immagine visiva, aggrottiamo la fronte, sporgiamo le sopracciglia e socchiudiamo le rime palpebrali, ossia limitiamo il campo visivo e moderiamo la luce; una mimica affatto identica asseconda qualunque altro sforzo d'attenzione anche nell'ascoltare o nel meditare. DARWIN interpreta bene anche il riso sardonico, che originariamente (e ancora adesso nel cane) è una minaccia, una specie di dimostrazione armata (l'arma è il dente canino), insomma un'ostentazione d'odio e di forza. Altre manifestazioni mimiche non sono che l'estrinsecazione motoria d'un sentimento senza sfogo diretto per la via della minima resistenza od anche per quella dei muscoli ordinariamente disoccupati (SPENCER); l'ilarità si scarica facilmente per mezzo del riso; la gioia per mezzo di movimenti delle mani che sembrano palleggiarsi un sapone impalpabile in un'acqua invisibile; l'impazienza per mezzo di gesti rapidi, svariati e violenti, che non lasciano adito al menomo dubbio sul loro significato.

Finalmente, nel campo del simpatico, del midollo spinale, del bulbo e dello stesso cervello, ferve un lavorìo incessante di processi centrifughi che non sono nè determinati dalla volontà, nè accompagnati da coscienza, nè esattamente conformati allo stato psichico: involontari, incoscienti, inespressivi. Eppure anche queste forme completamente apsichiche di reattività riflessa costituiscono, se non altro, un esponente esatto delle condizioni organiche in cui versano i propri rispettivi apparati d'innervazione; e così ci porgono un indizio indiretto, ma talvolta sicuro, se non del contenuto psichico, almeno dell'energia nutritiva o funzionale che, o per semplice analogia o per un nesso di causalità fisiologica, regna nelle vie corticali.

Infatti, oltre alle analogie volgari che possono manifestarsi fra i vari segmenti dell'asse cerebro-spinale per ciò che riguarda le condizioni generali (anemia, esaurimento, intossicazioni, infiammazioni a focolai mol-

tipi), si deve tener conto delle armonie e delle antinomie che esprimono rapporti di solidarietà più complicati e che risultano da uno scambio d'influenze agevolatrici (*Bahnung*) o inibitorie (*Hemmung*) fra i processi d'innervazione cosciente e i processi d'innervazione automatica. Questa duplice solidarietà, poco nota e poco studiata nella vita ordinaria, si mostra qualche volta a nudo in patologia.

Un'analogia semplice (senza solidarietà) è la midriasi che accompagna il coma in certe intossicazioni; qui si tratta d'un unico agente morboso che si localizza doppiamente. Quando invece osserviamo un maggior rigoglio dell'attività vegetativa e peristaltica sotto l'influenza d'un esaltamento psichico e vi è ragione di credere che l'agente morboso non si sia localizzato oltre al cervello, ci troviamo di fronte ad un caso ben chiaro di diffusione dinamica in senso armonico. Infine è un fatto classico di diffusione dinamica, ma in senso antinomico, quello per cui il tono muscolare si esalta nel campo spinale appunto quando la funzionalità nervosa si deprime, per paralisi motoria, nel campo cerebrale.

PATOLOGIA DELL'INNERVAZIONE CENTRIFUGA.

1.° — LA CONDOTTA.

La condotta dei pazzi si distingue per un gran numero di aberrazioni, positive e negative, che stanno in netto contrasto col loro interesse e col loro carattere anteriore. Queste aberrazioni di condotta possono dipendere, a seconda dei casi, da tre ordini diversi di cause, cioè:

1.° da errori morbosi delle rappresentazioni,

2.° da disordini affettivi,

3.° da alterazioni intrinseche della volontà o degli istinti.

Ma, in pratica, tutte le singolarità di condotta che provengono da allucinazioni, da deliri, da offuscamento della coscienza, non essendo che un corollario logico del disturbo intellettuale, rientrano nella patologia della ideazione (v. capitolo V). Similmente gli eccessi d'attività, d'inerzia, di disperazione che sono motivati da esaltamento, indifferenza o depressione del tono sentimentale rientrano nella patologia dei sentimenti (v. cap. VII). In conclusione, gli allucinati, i deliranti, i confusi, gli esaltati, gli apatici, gli avviliti agiscono come sentono, sentono come pensano, e pensano come parlano. I loro atti si capiscono e si prevedono facilmente dai loro discorsi, e non vi è bisogno di studiarli, separatamente dai motivi, come un sintomo d'importanza speciale.

A questo modo la patologia della condotta viene a restringersi notevolmente e si identifica con quella della volontà e degli istinti. Anzi, il ri-

nina atteggiava le gambe e muoveva le braccia come se nuotasse, e seguitò così per dieci anni. Questi movimenti passano anche sotto la qualifica d'*incoercibili* o di *coatti*; ma in realtà essi sono così spontanei, facili ed esenti da angoscia subiettiva, che è meglio riservare la denominazione in parola alle morbosità ben diverse che descriveremo come un sintoma della neurastenia. I farmachi sedativi, che sono così efficaci nel reprimere gli atti di furore ed anche nel trattenere i malati dalle reazioni ossessive, non esercitano alcuna influenza sui movimenti sistematizzati. I movimenti sistematizzati si svolgono sotto la soglia della coscienza, nel dominio dell'automatismo; perciò sono più resistenti alle azioni terapeutiche e non subiscono la suggestione imperativa.

L'*ecoprassia* è un caso particolare di sistematismo motorio e consiste nella contraffazione o ripetizione speculare dei gesti altrui. Questa uggiosa ripetizione può estendersi ad ogni sorta di atti o limitarsi alle altrui parole: *ecolalia*. In quest'ultimo caso vi è da distinguere l'*ecolalia letterale* e l'*ecolalia per approssimazione*, che permette ai malati di esprimere bene o male qualche idea originale, copiando solo in parte le frasi che ascoltano. La *neolalia* e la *neografia* non sono poi che deformazioni sistematiche del linguaggio e della scrittura ordinarie, donde scaturisce un gergo con terminazioni e interpolazioni che rammentano certi giuochi d'infanzia. Questi gerghi individuali e più o meno comprensibili, che i malati si ostinano a parlare ed a scrivere in ogni occasione e spesso per tutta la vita come se fossero d'uso universale o senza curarsi d'esser capiti, sono un sintomo tra i più sicuri della *demenza precoce*.

Nei dementi precoci, qualunque sia la varietà clinica a cui appartengono, l'*assurdità del contegno* riverbera un'ombra di catatonia anche all'infuori della varietà catatonica. L'assurdità del contegno risulta appunto dalla disarmonia fra ciò che i malati pensano o sentono internamente e ciò ch'essi fanno e vogliono effettivamente.

Un contegno spensierato, iracondo, irragionevole e vizioso, ma non assurdo, se la coscienza dell'infermo è travagliata da convinzioni sbagliate, da passioni insolite o da disordine generale. Ma i dementi precoci commettono stravaganze a sangue freddo senz'alcun fine, nè serio nè frivolo, nè remoto nè vicino. Queste stravaganze assumono più che mai il carattere della parabulia catatonica, perchè i malati che le mandano ad effetto godono l'ordinaria lucidità di coscienza e il pieno equilibrio dei sentimenti: narrano cose incredibili senza convinzione, senza rossore per le contraddizioni in cui cadono e senz'alcuna speranza o interesse di farle credere; esplodono all'improvviso in atti violenti senz'odio nè collera; qualche volta commettono un tentativo di suicidio da cui desistono senza mutar d'umore; rifiutano comodità e divertimenti senz'essere mossi nè

voglio. Prendo in collo la mia bimba e sarei per gettarla dalle scale o dalla finestra, secondo il luogo in cui mi trovo. Finora con uno sforzo supremo e insperato sono riuscito a vincermi, a stringere fra le mie braccia l'adorata creatura ed a baciarla come per chiederle perdono di quel che provo. Nessuno ha letto nel mio aspetto l'orrore che m'invade. Sembro un uomo normale e forse non lo sono. C'è dunque una frontiera che mi divide dalla pazzia o l'ho già varcato? ».

Le monofobie ossessive sono dunque l'esempio patologico dell'esitazione concentrata sopra un singolo atto volitivo, la cui rappresentazione si ripete in forma incoercibile; e a questa esitazione fissa si addice il verso robusto di Dante:

Il sì e il no nel capo mi tenzona.

Ma dallo stesso terreno della nevrastenia e della melancolia germogliano assai più spesso le manifestazioni molteplici d'una perplessità diffusa, ossia della disbulia. I malati sono ondeggianti per una penosa indeterminatezza dei loro giudizi e dei loro desideri, che li trattiene da qualunque volizione completa anche di fronte alle pratiche volgari e innumerevoli della vita quotidiana; ed anche a questa indecisione meschina si attaglia il verso pittoresco d'un altro poeta, Francesco Petrarca:

Nè sì, nè no nel cor mi suona intero.

La disbulia porta l'elemento della tristezza nel quadro della nevrastenia e lo accresce in quello, già soprasaturo, della melancolia. Dal contegno di questi malati e dalle loro parole è facile misurare il profondo smarrimento in cui si trovano, malgrado la futilità delle esitazioni sempre nuove che ne sono la causa.

Il *nevrastenico disbulico* è un volubile a contraddizioni simultanee: vorrebbe nello stesso tempo riposare e strapazzarsi, nutrirsi e digiunare, partire e restare. Il suo più vivo desiderio è quello di consultare il medico; ma la decisione è rimandata di giorno in giorno con motivazioni tanto frivole, che sembrano pretesti.

Il *melancolico* che soffre per giunta di disbulia, il che è molto frequente, incontra ad ogni passo un bivio doloroso che lo arresta. Ricoverato al manicomio, soffre egualmente di scrivere ai suoi cari e di lasciarli senza notizie, di eseguire un consiglio che gli pare troppo benevolo e di trasgredirlo contro i dettami d'umiltà che si è imposto; d'alzarsi e di coricarsi, di parlare e di tacere, di vivere e di morire. L'immagine d'un atto qualunque suscita nella mente stanca e dolorabile di questi malati il fantasma dell'atto contrario: è una specie di negativismo rappresentativo, che non si deve confondere con l'opposizione illogica ed automatica

dei negativisti propriamente detti. I melancolici sono soggetti ad una serie di dilemmi affannosi (delirio di negazione di Cotard), più esattamente dubbiosi: la soluzione ordinaria è l'inerzia con angoscia. I catatonici, invece, si fanno esecutori intransigenti d'un impulso che non discutono e che forse non capiscono. La volontà dei melancolici si sdoppia in due tendenze contrarie e di egual forza che la rendono del pari impotente all'affermazione come alla negazione; la volontà dei negativisti catatonici è concentrata in una negazione cieca e pertinace che, mancando quasi completamente di carattere volitivo e intellettuale, denota uno sciopero in massa delle idee.

Anomalie degli istinti.

Nella condotta dei pazzi e dei pervertiti si trovano le sole prove veramente sicure del disordine che presiede ai loro istinti. Le tendenze utili ed ereditarie che formano il patrimonio della specie umana subiscono profonde alterazioni per deficienze, eccessi e pervertimenti parziali o totali.

A) **Conservazione individuale.** — La conservazione dell'individuo è raccomandata ad una serie d'istinti, fra cui primeggia come il più fondamentale ed immediato quello d'attaccamento alla vita, che Schopenhauer pretendeva d'innalzare metafisicamente a principio esplicativo dell'universo e che Zola ha dipinto con giuste proporzioni psicologiche e con colori incantevoli nel più bello dei suoi romanzi, la *Joie de vivre*. La potenza della nostra immaginazione ci permette di rappresentarci la morte con un certo stoicismo finchè essa apparisce lontana; ma lo stoicismo scompare o si svigorisce di fronte all'imminenza del pericolo, come si vede nelle epidemie, nei naufragi, nei grandi incendi, che spingono gli individui e le folle ad un furore talvolta bestiale di autoconservazione, soffocando ogni riguardo altruistico.

Fra i pazzi e i degenerati l'attaccamento alla vita persiste quasi sempre intensissimo. Il paralitico, ridotto all'ultima miseria fisica e morale, mostra una compiacenza singolare di trovarsi a questo mondo, e spenderebbe tutta la poca energia che possiede per difendere la propria esistenza, se la credesse minacciata. Lo stesso avviene in quei fanatici della vita che sono gli ipocondriaci e molti fra i dementi senili. Ma non manca, ed è certo più caratteristico, il caso contrario. Non parlo dei melancolici che si uccidono per sottrarsi a sofferenze insopportabili, e nemmeno di quei nevrastenici che preferiscono il suicidio alla paura tormentosa, continua ed invincibile di morire (tanatofobia), perchè questi malati cedono ad un movimento ragionevole di disperazione che, sotto l'impulso d'una grande

sventura, può prodursi analogamente anche fra i normali. Parlo invece di quegli ammalati lucidi (nevrastenici?) che si privano della vita in un momento d'impulsività improvvisa senza un motivo adeguato: per una minima contrarietà, per puntiglio, per una scommessa, per la suggestione d'un luogo, di un'arma, d'una tradizione famigliare. Qualche volta si tratta di coppie amorose, ma senza reciprocità di passione, di ragazzi fra i 5 e i 10 anni, o di famiglie in cui si contano due, tre e fin sette casi di suicidio per imitazione (MACCABRUNI), talvolta nelle identiche circostanze, con la stessa rivoltella, allo scadere d'un anniversario o d'una data prestabilita.

Intorno a questo istinto fondamentale di attaccamento alla vita ne fioriscono altri, accessori, che servono non tanto a difenderla direttamente quanto a renderla più piena e gagliarda, perchè assicurano all'individuo l'integrità fisica, l'alimentazione, la proprietà di ciò che si è meritamente procacciato, la nettezza del corpo e l'indipendenza sessuale. Tutti questi istinti complementari sono esposti ad esorbitanze, ad avarie ed a pervertimenti che accompagnano in generale le forme di pazzia più gravi.

Contro l'istinto dell'*integrità corporale* agiscono quei malati, per lo più incoscienti, che incoraggiati da uno stato di analgesia praticano sopra sè stessi mutilazioni del tutto prive di scopo, cruente e più o meno pericolose, come l'estirpazione di denti, l'amputazione dei genitali o delle dita, l'enucleazione degli occhi, la bruciatura della pelle per mezzo di sigari accesi. In alcuni casi di profonda melanconia l'istinto dell'integrità corporale, peggio che sospeso, è addirittura invertito: i malati, prescindendo da ogni altro proposito di suicidio e di espiazione, si abbandonano ad atti d'impulsività inverosimile che sembrano muovere da un sentimento paradosso di *algofilia*. Tra affigliati a corporazioni chiuse, coercitive o segrete, marinai, soldati, corrigendi, carcerati, delinquenti abituali, prostitute e loro parassiti, è comune il *tatuaggio*. Questo sacrificio, per quanto piccolo, dell'integrità cutanea in omaggio ad un simbolismo grossolano e spesso turpe, non è possibile che nelle collettività di tipo inferiore, e costituisce un'affermazione artistica di quella solidarietà primitiva e poco simpatica che è il così detto *spirito di corpo*. Il tatuaggio è indizio di rozzezza congenita od acquisita, o dell'una e dell'altra insieme.

L'*istinto dell'alimentazione* è spesso violato dai pazzi, che presentano *sitofobia*, *coprofagia*, *pica*, *bulimia*. Il rifiuto del cibo o sitofobia talvolta non è che un mezzo di suicidio, oppure è ispirato dal timore del veneficio; ma spesso, in malati incoscienti, è l'espressione automatica di un'alterazione cenestetica, legata quasi sempre all'innervazione dello stomaco, sede vera ed unica della fame (la così detta fame organica o dei tessuti, come sensazione subiettiva, è una chimera). Anche le *isteriche* soffrono di periodiche inappetenze che possono giungere alla sitofobia.

La coprofagia è per certi dementi paranoidi una specie di rito religioso. Gli *idioti* e i *dementi* mangiano anche paglia, capelli, tabacco per ingordigia.

Quanto ai pervertimenti del gusto che si osservano in forma transitoria fra gli *adolescenti* o fra le *isteriche* e che spingono queste persone a cibarsi di cenere, terra, sale, aceto, ecc., essi non rispondono a bisogni insoliti e latenti d'un organismo chimicamente imperfetto, ma sono aberrazioni prive di qualsiasi finalità biologica (disgeusia).

La fame insaziabile o *bulimia* è un sintomo compromettente ed assai comune fra i *paralitici* come pure fra gli *idioti*, che spesso per la loro ingordigia soccombono a soffocazione o ad intossicazioni secondarie. Lo stesso pericolo minaccia anche molti *epilettici* nei periodici risvegli di voracità a cui vanno soggetti.

L'*istinto della proprietà*, che è dei più antichi e che non si spegne, ma si nobilita nel passare dalla forma storica della conquista o dell'*ius abutendi* all'aspirazione verso altre forme più evolute e meglio subordinate all'interesse collettivo, rappresenta l'aspetto preventivo dell'istinto d'autoconservazione, perchè stimola l'individuo a procurarsi, a garantirsi, ad accrescersi i mezzi d'esistenza e di godimento per l'avvenire. Nei degenerati, negli avari e nei gelosi spesso questo istinto è senza freno, e diventa coi suoi eccessi la causa predisponente di *delirî*: in altre parole è il segno d'una *costituzione paranoica*.

Il prodotto clinicamente più singolare dell'esagerazione a cui va incontro l'istinto della proprietà, sempre assai prepotente, è il così detto *delirio dei querelanti*. I querelanti o processomani, malgrado una discreta intelligenza ed una completa lucidità, sono talmente infatuati e privi di moderazione nel giudizio sui proprî interessi, che si rendono inetti a riconoscere le limitazioni imposte dagli interessi degli altri e dalle disposizioni tassative delle leggi, e interpretando il codice in piena buona fede, ma con ogni sorta di cavilli, s'ingolfano in liti rovinose e senza fine.

Questo delirio, che costituisce una varietà della *paranoia*, decorre per anni allo stato latente; ma col tempo il suo carattere progressivo spinge i malati a manifestazioni litigiose che, per quanto rispettino ancora la legge e la logica, non lasciano più alcun dubbio sulla loro origine morbosa. Querelanti frusti o d'occasione si trovano, anche fuori dalla paranoia, fra i *maniaci*, specialmente nelle forme periodiche; ma il rapido svanire e le ripetute interruzioni della mania impediscono al delirio di svilupparsi attraverso alle lente fasi della procedura giudiziaria.

L'istinto della proprietà si afferma bizzarramente nel *collezionismo* ([illegible]). I collezionisti raccolgono cenci, fili, sassi, pezzi di vetro o di carta, ed altri oggetti privi d'utilità e di significato; se ne riempiono le

tasche, la camicia e le materasse; consumano in quest'unica occupazione tutte le ore disponibili della giornata; difendono con accanimento da ogni manomissione il loro tesoro, o invece lo lasciano disperdere senz'amarezza, rimettendosi all'opera da capo; e in ogni modo dimostrano con questo sintomo l'estremo grado d'un abbrutimento irrimediabile. Infatti è ammesso che tutti i pazzi raccoglitori, cioè tanto i veri o specializzati o *monocollezionisti*, come anche e più i falsi od eclettici o *policollezionisti*, non si reclutano che nelle due classi degli *idioti* e dei *dementi*, primi fra i quali i *paralitici*. Questa manifestazione involutiva d'avarizia insensata spunta ad un tratto senz'alcun precedente ed è un sintomo fra i più tenaci della paralisi all'ultimo stadio.

Nei *paralitici* è però più frequente il sintomo opposto, la prodigalità. Sono spesso assai prodighi anche i *maniaci* e in particolare coloro che vanno soggetti ad accessi di *mania periodica*. La prodigalità non è in antagonismo con l'istinto della proprietà, anzi lo conferma, perchè in fondo non ne è che l'esercizio abusivo ed ottimistico.

L'esercizio e la concezione pessimistica della proprietà si osservano invece, come un sintomo dei più caratteristici, nei *melancolici* che si credono rovinati, ridotti alla mendicità, prossimi a morire di fame, e che perciò si astengono da qualunque spesa, respingendo, per paura di pagarli, anche i farmaci e i cibi gratuiti dell'ospedale. Il *delirio di povertà* non è che un *caso* particolare della *micromania* melancolica e sparisce al dissiparsi dell'accesso depressivo.

All'istinto della proprietà si deve addebitare, almeno in parte, anche il *delirio di gelosia*, cioè il sospetto ingiustificato, assurdo, ossessivo sulla fedeltà del coniuge. Questo sospetto si trasforma quasi sempre in certezza *paranoica*, e deriva non tanto da esclusivismo amoroso, quanto da un concetto autoritario di possesso giuridico sulla donna, analogo e storicamente connesso alla *patria potestas*. E infatti, se pare difficile che nascano delirî da un esagerato sentimento dell'autorità paterna, che è raddolcita dall'affetto (di rado mancante) verso i figli, non va dimenticato che nei vecchi, appena scompare l'affettività, si osservano per lo meno i germi assai chiari d'un *delirio autoritario* che stenta a sistematizzarsi solo per difetto d'attività e di coerenza intellettuale, ma che è fatto di invidia, di vanità e di diffidenza, come il *delirio di gelosia*.

L'*istinto della nettezza corporale* dà luogo, esagerandosi come avviene quasi esclusivamente nei *neurastenici*, alla *misofobia* o *rupofobia*, che è una delle più frequenti tra le forme d'ossessione e trascina i malati a lavarsi centinaia di volte in una giornata. In una famiglia composta di due vecchie ragazze rachitiche e d'un fratello pure rachitico ho osservato la misofobia allo stato d'infermità cronica e comunicata per sugge-

ticamente non d'una bella persona o d'un bel viso, ma d'un piccolo piede o d'una mano bianca o d'una lunga treccia o d'un seno abbondante o d'una bocca carnosa. Nel loro particolarismo intransigente non vanno in traccia che di questo requisito parziale: sprovvista o povera del requisito prediletto, disprezzano la bellezza più completa e più squisita; ricca di quell'unico pregio ben discernibile, adorano qualunque carcassa.

Tutti i pervertiti sono *particolaristi*; ma, tranne nel caso precedente, all'eccesso del feticismo si mescola sempre anche l'aberrazione. Qualche volta la fantasia erotica, peggio che arrestarsi ad una immagine circoscritta, ma viva e palpitante del corpo umano, procede ancora d'un passo nell'astrazione per fissarsi sopra un oggetto correlativo e inanimato, come uno stivaletto da donna, purchè lucido ed elegante, un guanto profumato con molti bottoni, un corsetto attillato, un paio di mutande con trine. E se non esiste o non è accessibile l'essere umano che lo possieda e lo indossi nel modo sognato, il feticista insaziato finisce spesso per soddisfarsi sul simbolo isolato e vuoto: una calzoleria, un magazzino di mode, un armadio di biancheria, acquistano ai suoi occhi il valore d'un *harem*.

In altri casi l'orgasmo venereo è risvegliato da contatti o da immagini di contatti che non hanno un rapporto diretto e neppur dimostrabile con l'atto sessuale. Si chiamano *masochisti* i pervertiti che raggiungono la massima voluttà sentendosi percossi o imbrattati di sputi, d'orina, di sterco per opera del coniuge; forse il masochismo è un derivato patologico dell'umiltà o della confidenza reciproca, che anche nei normali non è priva d'una speciale attività erogena. I *sadisti*, al contrario, hanno bisogno di esercitare la violenza, minacciando, picchiando, talvolta uccidendo e sfogando la propria libidine nei visceri squarciati della vittima, e forse non rappresentano che la degenerazione mostruosa dell'amore bestiale.

La forma più frequente e più celebre d'aberrazione erotica è l'omosessualità o *conträre Sexualempfindung* o *inversione* delle tendenze sessuali, che consiste in una deviazione degli ideali amorosi sul sesso a cui appartiene il malato, e che prende rispettivamente il nome di *amor greco* nei maschi, di *amore lesbico* o *saffico* nelle donne. Le difficoltà che devono superare gli invertiti per trovare chi li contraccambi, e le lotte che devono sostenere con sè stessi per resistere alla passione funesta, aggravano questa forma di pervertimento, come del resto tutte le altre, fino al grado di un'ossessione.

L'aberrazione omosessuale è di due gradi. Nel primo il maschio invertito non cerca il simbolo della voluttà nella donna perchè l'ha già trovato nell'adolescente del proprio sesso; la fanciulla invertita non si compiace delle carezze maschili perchè trova più confacenti alla sua te-

sanno almeno imporsi un'austera castità per tutta la vita, causa ed effetto, insieme, di uno *psicosessuale*. Queste crisi, di cui il medico non riesce a discernere il significato segreto, sono il solo fenomeno rivelatore di un'anomalia che seguita a rimanere ignorata da tutti gli altri.

Possono prodursi pervertimenti d'ogni sorta anche in persone che erano solite ad un esercizio perfettamente normale delle funzioni sessuali. Ciò avviene nell'alcoolismo cronico ed acuto, nella *paralisi progressiva* e nella *demenza senile*, come conseguenza di intossicazioni che agiscono sul cervello in doppio modo, cioè da un lato irritando la sensibilità genetica, dall'altro paralizzando la personalità psichica e quindi i freni inibitori che premono l'impeto del pudore, del ritegno estetico, della coerenza morale. Simili casi, del resto frequenti, non hanno nulla di comune coi pervertimenti d'origine infantile; piuttosto che come un marchio della costituzione psichica, sono da considerarsi come un effetto fortuito del disordine mentale. Gli stessi agenti tossici, se la loro influenza locale sulla sensibilità genetica è poi accentuata, sono in grado di produrre (ed è il caso più comune) anche il fenomeno opposto, cioè l'*impotenza*. E precisamente: il sintomo più comune fra quelli presentati dagli alcoolisti, dai paralitici e dai dementi senili in materia sessuale è la dissociazione fra due processi ordinariamente paralleli: la fantasia è in tumulto e l'erezione in letargo.

Sono da considerarsi come perversioni anche l'onanismo in età adulta, e l'esagerazione eccessiva delle pratiche masturbatorie nell'adolescenza. Gli abusi d'onanismo esercitano un'influenza caratteristica, talvolta anche per la loro cessazione totale ed improvvisa, sul decorso della *dementia praecox*.

2.° — MIMICA, FAVELLA E SCRITTURA.

Le irregolarità, talvolta assai delicate, di questi processi essenzialmente espressivi si riferiscono non tanto al *contenuto* di ciò ch'essi esprimono, quanto alla *forma* dell'espressione. Il contenuto delle espressioni mimiche, verbali e grafiche, che è sentimento per gli atteggiamenti del viso ed è pensiero per la parola, appartiene, se è morboso, alla patologia del sentimento ed a quella del pensiero. Qui, di tutte queste anomalie profonde e interiori non saranno menzionate se non quelle che si manifestano in modo caratteristico ed esclusivo o nella mimica o nella favella o nella scrittura, e che, senza un tale connotato, resterebbero ignorate. La forma, invece, dei processi espressivi, non essendo che puro movimento, appartiene per intero, se è alterata, alla patologia dell'innervazione centrifuga.

gosci, ciò che costituisce come una specie di aura ipnotica; e più continuamente, per ore intere, con e senza ristagno, nelle fasi *d'estasi* che fanno parte del *grande accesso isterico*. Così nel celebre affresco di Giannantonio Bazzi detto il Sodoma è raffigurata Santa Caterina da Siena.

La forte contrazione dell'elevatore solleva la palpebra superiore e lascia scoperto, al di sopra dell'iride, il bianco della sclerotica. Ne risulta uno sguardo energico e strano che non si riscontra mai nei normali, nemmeno in circostanze eccezionali, e che, a seconda del contorno mimico, può esprimere l'orrore, la paura o la collera. Non esprime nulla, appunto per la mancanza d'un contorno mimico, nei basedowiani. Lo sguardo di questi malati è dovuto alla contrazione attiva dell'elevatore delle palpebre ed all'effetto passivo dell'esoftalmo. Ma negli *estatici* l'occhio spalancato prelude spesso al furore, e basta, per determinarlo, un lampo d'indignazione anche assai lieve. Il furore non si esprime così che nei maniaci. E infatti, per quanto il furore si presenti con pari violenza e intempestività anche all'infuori della mania, nell'alcoolismo, nell'*epilessia*, nella *paralisi progressiva*, è ben difficile che vi raggiunga mai altrettanta evidenza d'espressione. Lo stato di confusione o addirittura d'incoscienza che accompagna gli episodi d'esaltamento in quest'ultime forme di malattia dà luogo ad un disordine tale dei movimenti mimici, che non è conciliabile con un'espressione determinata.

Fig. 48. — Imbecille con tendenze maniache in atteggiamento di [illegible]. [illegible]

Nei *paralitici* vi è un'altra ragione che rende, più che sbiadita, manchevole qualunque espressione d'affetti. Questi malati, benchè non di rado vadano soggetti ad impeti di collera pazza o d'allegrezza sfrenata, sono colpiti fin dai primordi del processo morboso da un'*amimia* patognomonica (fig. 49). Il loro viso un po' cascante è una maschera inalterabile ed inespressiva che difetta di mobilità e di tonicità, specialmente dagli occhi in giù (fig. 50). Non già che siano interrotti o cessati i processi d'innervazione mimica, ma essi arrivano alla faccia con grande e visibile lentezza, ad uno ad uno, sommariamente. Per causa della lentezza

spezza maggiormente la successività dei movimenti, e manca quell'effetto d'insieme che si scorgerebbe in più contrazioni quasi simultanee; per la parzialità delle contrazioni muscolari manca quell'irradiazione mimica che è il complemento necessario di un'espressione veramente sentita, comunicativa ed estetica.

Fig. 48. — Paralisi progressiva: amimia.

L'amimia si può mettere in evidenza invitando il malato a compiere qualche movimento combinato ed insolito, per esempio quello di aprire la bocca e chiudere gli occhi o viceversa (MORSELLI). Simili associazioni di movimenti, che i sani improvvisano a perfezione di primo acchito, riescono difficili ai paralitici, che non le effettuano se non applicandovi la massima attenzione. La deficienza dell'innervazione si osserva principalmente nel pianto ed ancor meglio nel riso. Il riso del paralitico è disarmonico e privo di finitezza per quanto sia clamoroso; qualche volta non ridesta che gli occhi e il diaframma; il pianto poi non è più che un singhiozzo sommato con un po' di lacrimazione. Quanto alle gradazioni medie del dolore e del piacere, la loro espressione è così scialba e irriconoscibile, che qualche volta avviene di non capire se il malato è ilare o afflitto. Oppure si manifesta uno strano contrasto fra la fronte pensosa e la faccia gaia o indifferente (fig. 49): disarmonia.

Fig. 50. — Paralisi progressiva: amimia accentuata nel campo del faciale inferiore con mantenimento della innervazione mimica nella parte superiore del viso.

L'amimia è assai più rara, ma talvolta abbastanza profonda negli epilettici inveterati, e ciò denota che i nervi tormentati dalla convulsione

nella *demenza precoce*, anzi ne è un indizio patognomonico e prezioso, perchè la contraddistingue dallo stupore semplice.

La *nevrastenia costituzionale* è il terreno d'elezione su cui fiorisce un'altra singolarità mimica, vale a dire il *tic* o *ticchio*. Il ticchio consiste nello spasmo involontario, intermittente ed abituale di uno o pochi muscoli, la cui contrazione fisiologica è dotata d'un valore espressivo. E infatti alla loro origine queste contrazioni spasmodiche non sono che gesti od atteggiamenti mimici, per lo più asimmetrici; una preoccupazione morbosa col carattere della *fobia ossessiva* finisce per renderli incoercibili. La sede più frequente dei ticchi è nel viso, nelle braccia, nelle spalle, nei muscoli del respiro. Il malato ammicca ad ogni istante con le palpebre; od alza la spalla torcendo il collo come se fosse molestato da una camicia troppo stretta; o intercala il discorso con qualche inspirazione rumorosa (abitudine piuttosto comune fra i Tedeschi del Nord), o succhia la saliva con un angolo della bocca. I ticchi sono un fenomeno quasi ordinario, ma effimero, nei ragazzi fra i 7 e i 10 anni; e ne sono quasi totalmente risparmiate le femmine. Ma in luogo di dileguarsi a poco a poco, persistono e rappresentano un marchio di nevra-

Fig. 51. — Demenza apoplettica; espressione mimica allo stato ordinario di riposo.

Fig. 52. — La stessa malata in una crisi di pianto spasmodico provocato da una parola banale di compatimento.

patie con lesioni organiche come conseguenza di crampi muscolari, specialmente nel dominio dell'ipoglosso. Questi crampi raggiungono il massimo nell'*aftongia*, che rende la favella impossibile.

Anche i *melanconici*, gli *ossessi abulici*, le isteriche in istato d'estasi e gli epilettici in istato di confusione postaccessuale sogliono parlare con una lentezza straordinaria. Ma questa bradilalia d'origine psichica è assai dissimile dalla bradilalia d'origine organica. I malati, gravemente preoccupati o confusi, introducono pause talvolta interminabili fra una frase e l'altra ed anche fra le varie parole; ma le singole parole non subiscono interruzioni, nè rallentamenti uniformi. Nei melanconici la bradilalia è il prodotto di speciali influenze psichiche: diffidenza, vergogna, intolleranza dello sforzo, allucinazioni imperative; ma vi sono melanconici gravissimi che non ne soffrono affatto e parlano speditamente. Negli ossessi abulici la parola non è ritardata che dalla lentezza dei processi ideativi.

Anche negli *ebefrenici* si può notare, fra le varie stranezze di cui danno saggio per abitudine, una forma di *bradilalia affettata* con pause illogiche e silenzi prolungati senza causa organica, nè emotiva. L'irregolarità di queste pause e il loro carattere capriccioso rendono assai facile la diagnosi differenziale di fronte al fenomeno della parola scandita, che è proprio della *sclerosi a placche*. La parola scandita è dovuta alla lentezza dei movimenti espiratori che determinano la fonazione e si rileva assai bene nelle parole plurisillabe, come *costantinopolitano*, o invitando il malato a pronunciare ripetutamente e con rapidità una data vocale: ciò che i sani eseguiscono in ragione di 6 ad 8 ripetizioni per minuto secondo, e le persone affette da sclerosi a placche non più di due o tre volte.

La difficoltà della favella può arrivare fino alla completa *afasia*. Accessi di afasia acquisita, oltre che nella *demenza apoplettica*, si presentano come un episodio effimero anche nella *paralisi progressiva*, nella *psicosi uremica* e nella *demenza senile* (forse per complicazioni uremiche).

Difetti d'articolazione congeniti. — Fra gli *imbecilli* accade spesso di trovare in gran numero ed assai accentuate quelle stesse imperfezioni congenite di pronuncia o *dislalie letterali* che eccezionalmente e in forma isolata s'incontrano talvolta anche fra i normali. Nei normali l'origine di queste imperfezioni è quasi sempre l'*imitazione* od anche, ma più di rado, una incapacità affatto parziale e limitata a certi specialissimi atteggiamenti della lingua. Negli imbecilli le imperfezioni di pronunzia dipendono piuttosto da un arresto generale o, in altri termini, da un'incapacità di progresso che impedisce a molti processi d'innervazione motoria, compresi

quelli dell'articolazione o della fonazione, di differenziarsi con qualche raffinatezza. E infatti, non solo gli imbecilli pronunciano male le parole, cioè come bambini che appena cominciano a parlare, ma spesso dimostrano un'inettitudine analoga in altri esercizi muscolari, per esempio nell'incesso (MORSELLI e TAMBURINI), nel correre, nel ballare, nel gesticolare, nell'infilare un ago, nel chiudere un occhio solo, nell'estendere due o tre dita della mano contratta a pugno, nel cantare, nel declamare.

Le più comuni fra le disartrie letterali congenite sono la *balbuzie*, il *rotacismo*, il *lambdacismo* e la *blesità*, che nel linguaggio corrente le comprende tutte. Si dà il nome di balbuzie congenita a quella difficoltà nella pronuncia di determinate lettere, specialmente delle labiali, linguali e nasali (i così detti *suoni esplosivi*), che si manifesta con un ritardo o con una violenza spasmodica o con la reiterazione dei suoni relativi. Il rotacismo è l'incapacità di pronunciare correttamente l'*r*, che perciò viene o del tutto saltato o sostituito con un *l* o trasformato in un *rh* grasso d'origine faringea. Il lambdacismo è l'ommissione o la deformazione dell'*l*, deformazione che porta a pronunciarlo come *d*, come *g* o come *nj* nasale. La blesità in senso stretto è la scorretta pronuncia della *s*, che si converte in *t* od anche in un suono sibilante, come se uscisse da una fenditura sottile e lineare, od anche in un *ch* aspirato (*garcho* per *garzo*). Tutti questi difetti si possono reprimere momentaneamente con uno sforzo d'attenzione.

Nei casi molto gravi d'imbecillità che raggiungono l'*idiozia*, le imperfezioni di pronuncia restano sopraffatte e nascoste dall'*afasia*. Però sono ben pochi gli idioti che non parlino per assoluta deficienza d'idee. L'afasia dipende assai più spesso da lesioni locali che si connettono a processi di cerebropatia infantile, e che colpiscono o direttamente il centro dell'articolazione o indirettamente i centri sensori del linguaggio.

Una combinazione morbosa che clinicamente è nota da secoli è quella dell'afasia con la sordità completa: *sordomutismo*. Ma vi sono, fra i sordomuti da un canto e fra i semplici imbecilli dall'altro, non pochi casi intermedi di *sordità parziale* che presentano forme o gradazioni di grande interesse, sebbene di non facile studio. Da MYGIND, da LEHMANN e da URBANTSCHITSCH fu dimostrato che un buon numero di sordomuti, circa la metà, possiede tracce di udito. Il loro difetto d'udizione ha, più che altro, il carattere della *sordità psichica* (HELLER). Essi non sono in grado di percepire le frasi, ma percepiscono parole o singoli fonemi, per esempio le vocali, ed anche determinati rumori, come uno sbatter di mani, una chiamata ad alta voce e da vicino, od alcuni fra i toni musicali con esclusione di altri; e questa capacità parziale dell'udito è già utilizzata, non meno della vista e del senso muscolare, nella loro educazione. Per-

sino un'affezione periferica del nervo acustico, come esito di un'otite infantile, può dar luogo a *sordità per il linguaggio* e conseguente *afasia*, con l'apparenza d'un sordomutismo completo, ma senza *sordità tonale* e senza notevole diminuzione dell'intelligenza (Righetti).

Se i casi più gravi di sordità parziale sono scambiati per sordomutismo volgare, è assai probabile che i casi più lievi vengano erroneamente ascritti all'imbecillità o, per lo meno, all'*afasia motoria* congenita.

Forme di disfrasia. — Il nome di *disfrasia* è stato riservato da Kussmaul a quelle anomalie abituali del discorso che dipendono non da un'incapacità nell'articolazione o nella rappresentazione delle parole, ma da una lieve anomalia del pensiero, anomalia che si è cristallizzata in un difetto caratteristico della loquela.

La più limitata ed innocua fra le disfrasie è l'*intercalare*, che consiste nell'interposizione illogica, ma involontaria, d'una data parola tra le frasi della conversazione corrente o talvolta persino tra le sillabe delle altre parole. L'intercalare non è che un *ticchio verbale*. In origine il vocabolo che degenera in un intercalare è adoperato a proposito, o per lo meno come un pleonasmo tollerabile. Talvolta è il correttivo deliberato d'un eloquio troppo lento o distratto o balbuziente; ma l'eccesso della preoccupazione, assumendo il carattere d'una fobia, rende il correttivo più tenace e quindi più patologico del male, perchè dall'uso si passa all'abuso e dall'abuso all'incoercibilità. La favella, come la mimica, è una funzione così automatica, che si emancipa assai facilmente dal concorso dell'attenzione: da questa facilità d'automatismo nasce la facondia, ma insieme alla facondia anche la ripetizione quasi incosciente di frasi fatte, di luoghi comuni e d'intercalari, che rappresentano del resto per molta gente il novanta per cento della conversazione.

Una forma di disfrasia assai più intima e significativa è il *neologismo*. Non già che l'inventare parole costituisca per sè stesso un sintomo morboso: al contrario, non v'è parola che, o prima o dopo, non sia stata coniata da un inventore isolato e il vocabolario non è altro che un cumulo di neologismi più o meno invecchiati. Ma i neologismi patologici hanno un'impronta propria che tradisce la loro origine illegittima. L'uomo normale che si dà la pena, rispettando certe regole etimologiche, di creare un nuovo vocabolo, riesce quasi sempre a metterlo o poco o tanto in circolazione. Il suo neologismo nasce da un pensiero e da un bisogno individuale, ma non solitario, perchè risponde in qualche modo ad un pensiero e ad un bisogno collettivo; e questa rispondenza gli dà ali a divulgarsi e a perpetuarsi nell'uso corrente e talvolta lo attira nel lessico della

anche i non paralitici, per supplire alla deficienza della vista, dei muscoli o dell'attenzione. Negli scritti dei paralitici avanzati si scorgono in più le seguenti alterazioni di forma: gli occhielli e le volute senza rotondità, angolosi o troppo ampi; una lettera è molto più piccola della vicina e più grande della terza; le aste discendenti sono qua e là spezzate in due branche perchè la penna troppo premuta e quindi troppo divaricata esaurisce subito tutto l'inchiostro di cui è provvista; l'insieme della pagina manca di parallelismo e si vedono linee che tendono ad incrociarsi.

Fig. 51. — Soprascritta di una lettera inviata da un paralitico a sua moglie. Da notare: omissioni di lettere e sillabe malamente corrette; ripetizione di sillabe nella parola stanziata. La busta era chiusa con mollica di pane. Il malato uscì dal manicomio in istato di completa remissione, durante il quale scriveva correttamente.

Quanto ai *paralitici terminali*, la loro atassia è così pronunciata, che qualche volta non riescono neppure a tenere debitamente la penna (fig. 52). A rendere la scrittura ancor più irregolare e quasi indecifrabile, fino alla vera *disgrafia*, non basta l'incapacità muscolare; occorre anche quella dei centri rappresentativi (fig. 53). Questa incapacità specifica non è sempre dovuta a lesioni distruttive, ma può presentarsi transitoriamente anche per lesioni egualmente localizzate. Tale è il caso d'un paralitico che in una fase relativamente precoce del processo morboso era quasi ridotto all'*agrafia* e pareva insuscettibile di miglioramento; ma in seguito, diventò di nuovo capace di tracciare qualche parola.

profonda incoscienza, nel coma postepilettico e postapoplettico, nell'amenza grave, nella demenza senile, nella paralisi progressiva inoltrata e nell'idiozia vi può essere incontinenza intestinale, senza diarrea. Lo stesso vale per l'enuresi (senza poliuria). Le diarree colliquative sono poi un sintomo fra i principali di certe intossicazioni specifiche, come quella della pellagra; tuttavia nella pellagra non è infrequente anche il fenomeno opposto, cioè una stipsi ostinata.

Il *vomito* si presenta come un sintomo importante di parecchie psicopatie. Ostinato, ma senza nausea, nei casi di *tumore cerebrale*; parimente senza nausea, ma in forma di crisi nella *paralisi progressiva* e nell'*uremia*; incoercibile, qualche volta, nell'*isterismo*; quotidiano (mattutino) e composto di muco nell'*alcoolismo cronico*.

Il *mericismo* è un rigurgito volontario, moderato, indolente, anzi piuttosto piacevole dei cibi dallo stomaco alla bocca, dove vengono rimasticati e ringoiati come per una specie di ruminazione. Quest'abitudine singolare è propria di alcuni *idioti* e *dementi* fra i più abbrutiti.

Riflessi tendinei. — L'interesse dell'esame clinico si concentra principalmente sui *riflessi patellari*. Spesso aboliti, più spesso esagerati, assai di rado normali nella *paralisi progressiva*, i riflessi patellari indicano lesioni diverse o dei fasci piramidali (secondarie, talvolta anche primarie) o dei cordoni posteriori (tabe-paralisi) che, una volta accertate, contribuiscono validamente a consolidare sia il concetto patogenetico della paralisi progressiva in genere, sia la sua diagnosi nel caso concreto.

Oltre alle irregolarità più o meno stabili e in ogni modo d'origine lenta che sono dovute a vere e proprie lesioni progressive, i *paralitici* vanno soggetti ad irregolarità analoghe, ma transitorie, che si presentano bruscamente nel contegno dei riflessi patellari, talvolta anche in forma asimmetrica e che dipendono da lesioni circoscritte, ma riparabili della corteccia cerebrale. Simili fatti si osservano in concomitanza con gli accessi apoplettiformi ed epilettiformi che sono prodotti appunto dalla stessa causa, cioè dall'opera talvolta irritante, talvolta paralizzante dell'agente morbigeno.

L'*esagerazione dei riflessi tendinei* è un sintomo costante delle *cerebroplegie infantili*, dove spesso sopravvive alla paralisi ed alla stessa ipertonia, come il documento ultimo e più tenace d'un processo esaurito; ed è sempre bilaterale, spesso di pari intensità, anche se i fatti paralitici, spastici o coreici siano distribuiti sotto forma emiplegica. Questo sintomo costituisce un prezioso criterio sia per ammettere una pregressa cerebroplegia infantile in certi casi d'imbecillità che sembrerebbero idiopatici o ereditari, sia per differenziare i reliquati d'una paralisi infantile con le

sione cerebrale da quelli che si devono ad un processo acuto di *poliomielite anteriore*.

I riflessi rotulei sono non di rado esagerati nella *nevrastenia*, dove all'incontro è eccezionale la loro depressione od abolizione. In generale, salvo il caso di vere e proprie lesioni degenerative o distruttive, l'esaurimento leggero, la debolezza irritabile, la dormiveglia e il riposo parziale dei centri cerebrali dotati di azione inibitoria valgono soltanto a ringalluzzire i riflessi spinali. Perchè essi subiscano una sensibile depressione è necessaria la totale inazione del cervello, come nella narcosi profonda e nel sonno completo.

Una grande vivacità dei riflessi rotulei conferma la diagnosi di pellagra anche molto tempo dopo la cessazione dell'intossicazione acuta, della diarrea e del delirio. Evidentemente il significato di questo sintomo è d'una lesione primaria nei fasci piramidali che risentono le conseguenze protratte del veleno passato attraverso l'organismo.

Il *clono del piede* o la *trepidazione della rotula* non sono che una conferma dell'esaltamento in cui si trova l'attività riflettoria del midollo spinale; e perciò non si presentano, in genere, che quando sono esagerati i riflessi rotulei.

Il sintomo di Babinski consiste in questo: che, titillando la pianta del piede, si provoca l'estensione dell'alluce mentre in condizioni normali l'unica reazione è la flessione delle dita. Questo sintomo si verifica quando vi è lesione del fascio piramidale, vi sia o no contrattura dell'arto. È un eccellente segno diagnostico per differenziare le paralisi organiche dalle paralisi isteriche.

Riflesso della pupilla. — Non vi è irregolarità riflessa delle pupille che non possa presentarsi, come un sintomo tipico, nelle malattie mentali: *miosi, midriasi, rigidità, anisocoria*, fenomeno d'Argyll-Robertson, *inversione*. Per lo più tutte queste irregolarità dipendono da lesione, irritativa o paralizzante, bilaterale o unilaterale, del nervo oculomotore e del suo nucleo d'origine; anzi, in modo particolare, dei fasci e del nucleo che presiedono esclusivamente alla reazione della pupilla di fronte agli stimoli luminosi. Infatti all'irregolarità della pupilla non si accompagna quasi mai nè lo strabismo, nè la ptosi; e spesso le pupille che reagiscono male alla luce non sono punto paralitiche o contratturate di fronte agli stimoli d'altra specie.

Accanto alle lesioni specifiche che abbiamo mentovato possono agire sulle pupille anche disturbi d'ordine generale, che colpiscono sia il cervello, sia il simpatico. La degenerazione senile del simpatico è probabilmente la causa per cui le pupille sono spesso miotiche nei vecchi.

La *miosi* è un segno precursore della *tabe* e della *paralisi progressiva*, e, meno spesso, anche un indizio ulteriore. Nell'*alcoolismo* cronico la miosi si presenta pure, ma nel suo stadio più o meno inoltrato. La *midriasi* è più frequente nelle fasi terminali della *paralisi progressiva*. Non è inutile ricordare che le pupille si dilatano temporaneamente (da alcune ore ad una settimana e più) anche per l'uso di certi medicamenti. Non solo l'atropina, l'ioscina, l'iosciamina, la duboisina, ma anche il bromuro di potassio ha la proprietà di produrre midriasi; ed anzi, secondo alcuni sarebbe questo il segnale da cui si può arguire che l'azione del bromo è veramente efficace.

Nelle malattie mentali che dipendono da lesioni organiche, oltrechè nell'isterismo, si presentano svariati disturbi delle funzioni motorie: *paralisi*, *paresi*, *contratture*, *spasmi* tonici e clonici. Di questi sintomi è superfluo intrattenersi qui, perchè non hanno in psichiatria un valore diverso da quello che è loro riconosciuto nella comune neuropatologia.

CAPITOLO IX.

Classificazione delle malattie mentali

Nella patologia comune, a differenza della patologia mentale, le malattie sono distinte così chiaramente, che non vi è gran bisogno di classificarle. Per esempio: le infezioni da schizomiceti, le reazioni prodotte da parassiti animali, gli avvelenamenti d'origine esterna e quelli provocati da tossine autoctone formano una serie naturale di malattie che in certo modo si classificano da sè; e il loro ordinamento è così poco discusso, che rimane addirittura sottinteso. È altrettanto ovvia ed irreprensibile la divisione per sede anatomica tra le malattie di cuore, quelle degli organi respiratori e quelle dell'apparecchio digerente, del fegato, dei reni, del sistema nervoso, della cute. Si può adottare un punto di vista affatto diverso, ma non meno giustificato dei precedenti, e classificare le malattie per meccanismo d'origine: anomalie dello sviluppo, neoplasmi, infiammazioni, e così di seguito.

Questa molteplicità di criteri, che s'incrociano senza contraddirsi, non altera le linee di confine tra le diverse malattie. L'individualità d'ogni singola malattia è anzi avvalorata dalla pluralità dei posti ch'essa può assumere senza smentirsi in mezzo a tutte le altre, secondo il criterio momentaneo che si vuol seguire nell'esposizione della materia clinica. Nemmeno le varietà cliniche, talvolta numerose e assai differenziate, in cui si scompongono certe malattie con lesioni e decorso caratteristico, valgono a comprometterne la compagine. Così il concetto della polmonite resta indissolubile se anche si frazioni, a seconda della sua origine, in varie forme. Le polmoniti da diplococco, da inspirazione, da lesione del vago, da bacillo di Pfeiffer sono sempre polmoniti.

Nella patologia mentale il quesito della classificazione è più complicato perchè le malattie sono meno distinte. La speculazione si sottomise all'empirismo. Salvo la paralisi progressiva, la pellagra, l'alcoolismo, la demenza senile, le cerebroplegie infantili e pochi altri quadri chiaramente isolati perchè anatomicamente ben certi, non si conoscono che sin-

dromi. Ma come il vestiario d'un teatro serve a coprire i personaggi più differenti, così la stessa sindrome calza qualche volta alle malattie più diverse. Depressione mentale, esaltamento, confusione, incoscienza, delirio sistematizzato, ossessione lucida, immoralità, incoerenza della condotta sono sindromi che non dicono nulla se non si connettono con una lesione, con la nozione d'una patogenesi, con l'esperienza d'un decorso determinabile. Queste manifestazioni psicopatiche non sono malattie, come non sono malattie la febbre, la debolezza, la convulsione, l'acetonuria. Il concetto di malattia richiede un parallelismo costante e rigoroso o per lo meno approssimativo tra i sintomi e i processi organici. Per la mancanza d'un tale parallelismo o perchè, se esiste, non è certo, i fenomeni della pazzia non si lasciano abbracciare in totalità secondo una visuale unica. Ognuno li vede un po' a suo modo, e le classificazioni sono o malfide o incomplete.

Spesso in una serie d'alienati sembra di scorgere una grandissima varietà di malattie mentali solo perchè i fenomeni psichici sono normalmente assai numerosi, le loro alterazioni morbose sono infinite e le manifestazioni individuali della pazzia variano in conseguenza. I delirî della paralisi progressiva si complicano di mano in mano che risaliamo nelle classi sociali; quelli della paranoia, raffinandosi con l'istruzione, prendono a prestito la terminologia e qualche concetto della scienza moderna; la melancolia d'un pensatore nutrito di studi filosofici è ben differente da quella d'un contadino. Invece gli agenti provocatori delle malattie in genere, comprese le cerebrali, sono semplici e piuttosto uniformi. È vero che le cellule corticali, a differenza da quelle del fegato o dalle fibre del cuore, non si equivalgono funzionalmente; ma di fronte alle malattie hanno press'a poco la stessa vulnerabilità, qualunque sia il tesoro psichico che racchiudono. Nè la superiorità individuale dell'ingegno, nè la superiorità gerarchica d'una cellula sulle altre sembrano aumentare la resistenza all'azione d'un veleno. Il processo morboso è dunque come un colpo di vento che, passando sopra una scacchiera, abbatte indifferentemente l'alfiere o la pedina. Ciò che importa è la posizione e la mole del pezzo in un caso; la posizione e lo stato nutritivo della cellula nell'altro. Per il quadro sintomatico hanno gran valore il numero e la qualità delle cellule rispettate; per il processo morboso non ha valore che la quantità degli elementi offesi.

A grandi linee si deve tenere in conto anche la categoria anatomica e funzionale della cellula, perchè certe affinità specifiche non si possono negare; vi sono malattie che colpiscono di preferenza le cellule motorie o le sensitive o le psichiche. Ma il contenuto psichico e particolare della cellula ammalata non è un fatto accessibile all'anatomia patologica. Perciò

le malattie della mente, per quanto la loro patogenesi e la loro anatomia patologica possano essere grossolane e poco variabili, appariranno sempre, anche se distruggono profondamente l'intelligenza, assai più personali e varie che non siano le malattie comuni. La loro patogenesi è povera, mentre la loro sintomatologia è ricca, anche troppo ricca.

Così nella classificazione delle malattie mentali lottano due opposte tendenze. I sintomatologi, ossia gli alienisti pratici, sono spinti a moltiplicare le distinzioni e le forme cliniche; mentre gli anatomici, che rappresentano un indirizzo più scientifico ed obiettivo, sono condotti a semplificare sintetizzando; e se vogliamo, riescono forse ad una nosologia meno sottile, ma più giusta.

Qualche volta avviene che tutti concordino nel vedere la stessa sindrome e nel formulare la stessa diagnosi; ma è diverso il decorso e forse è diversa la malattia mentale. Un adolescente, un adulto, un vecchio presentano tutti i segni caratteristici della melancolia, e noi li classifichiamo senz'altro tra i melancolici. Tuttavia è assai probabile che il primo cadrà per sempre in demenza, che il secondo guarirà, che l'ultimo rimarrà psicopatico fino alla morte, senza mai scendere all'incoerenza demenziale. Si può asserire che la patogenesi sia nei tre casi la stessa e che si tratti veramente di un'unica malattia? Se anche lo ammettessimo per deficienza di dati necroscopici e in omaggio alla somiglianza dei sintomi, è verosimile che i processi morbosi di queste tre melancolie siano in realtà differenti.

Altre volte non è l'età, ma un elemento speciale e più intimo che modifica la sorte d'infermi apparentemente colpiti dalla stessa psicosi. Vi sono disordini parziali e costituzionali della mente che durano tutta la vita e che spuntano a poco a poco senza l'intervento d'una causa verificabile, come i deliri paranoici; lo stesso sintomo può comparire transitoriamente per intossicazione od anemia in casi leggieri d'amenza; o si produce cronicamente, ma preceduto da altri disordini gravi ed imprecisi che costituiscono una vera infermità, com'è il caso dell'ebefrenia. Qui il fattore più importante della malattia è personale: per un alto grado di predisposizione al delirio si avrà un paranoico che delira spontaneamente; per una predisposizione più debole e nascosta si avrà un amente con un delirio tossico d'occasione, ma di natura paranoide; per una predisposizione complessa, ma poco visibile nell'infanzia, si avrà un demente precoce con delirio paranoide più o meno duraturo.

Oppure accade nelle malattie mentali, e più ancora nelle nervose, che il quadro dei sintomi dipenda non tanto dalla natura dell'agente morboso, nè dalla costituzione psichica dell'individuo, quanto invece dal punto o dal sistema in cui esso si localizza. Un focolaio apoplettico, un tumore,

un trauma, un'irritazione passeggera e circoscritta d'origine uremica possono provocare la stessa sindrome se offendono gli stessi elementi e sistemi.

Appunto per questa indeterminatezza di criteri direttivi la psichiatria s'ingegna a tracciare i confini e i legami dei suoi quadri clinici con uno zelo che è superfluo nelle altre parti della medicina. La classificazione delle malattie, che nel resto della nosologia è un pleonasmo, è in psichiatria uno sforzo ostinato e non sempre felice, ma necessario, o per lo meno utile a dimostrare la legittimità di certe psicosi e il valore pratico della psichiatria. Questo momentaneo contrasto fra l'utilità quasi indispensabile d'una classificazione e la difficoltà quasi insormontabile di condurla a termine spiega la tenacia degli alienisti in tentativi sempre rinnovati e sempre imperfetti.

Per evitare errori e rimproveri, bisogna contentarsi d'una classificazione poco rigorosa, piuttosto eclettica ed essenzialmente provvisoria o magari d'un semplice elenco. Quando le malattie mentali saranno più conosciute, la loro coordinazione in serie nascerà spontaneamente; ma si può prevedere che sarà meno complessa delle artificiose classificazioni finora adottate o proposte dagli alienisti sotto l'inspirazione di concetti teorici. L'incertezza dei confini tra le varie psicopatie ha abbandonato gli alienisti alle seduzioni della fantasia e dello schematismo; ma il progressivo accrescimento delle nostre cognizioni, chiudendo gli orizzonti dell'immaginazione, per quanto seria e ragionevole, costringerà la classificazione delle malattie mentali a quella modestia da cui la psichiatria contemporanea si è spesso scostata.

Il fine immediato d'una classificazione nosologica è doppio. Da un lato bisogna distinguere le malattie una per una, ciò che implica la verifica della loro esistenza, del loro numero e del loro nome (la nomenclatura non è in psichiatria un quesito del tutto indifferente). Dall'altro lato, per non consegnare all'insegnamento una pura lista di nomi, bisogna riunire in gruppi le malattie che abbiano qualche elemento comune e scomporre i gruppi generali in sottogruppi particolari. Ogni volta, dice De Sanctis, che si fa un tentativo di coordinazione dei fenomeni clinici passa nei nostri studi un lampo di filosofia. Tuttavia questo lavoro di coordinazione applicato alle malattie mentali poggia sopra criteri in gran parte ipotetici, che potrebbero essere erronei. Costruire classificazioni complesse, minuziose, inflessibili sopra un terreno così precario è arrischiare un capitale di indagini e di propaganda per un'impresa destinata quasi infallibilmente a non dare che un profitto illusorio e non durevole. Basta un soffio di realtà a distruggere le classificazioni più elaborate. L'enumerazione semplice e senza pretesa delle varie psicopatie nasconde già una

timida intenzione di classificare, e corre il pericolo di sfasciarsi al primo sopraggiungere di nuove nozioni e di nuovi metodi clinici.

Difetto principale di tutte le classificazioni finora in uso fu appunto quello dell'intemperanza. La classificazione di ESQUIROL, che dominò nella prima metà del secolo XIX, benchè fosse estremamente incompleta come enumerazione, era abbastanza ardita nei suoi raggruppamenti. Mancava in essa la paralisi progressiva; mancava la paranoia persecutoria; mancavano le forme di malattia mentale caratterizzate da idee incoercibili e le psicosi periodiche; ma pure si pretendeva di dividere tutte le psicosi in *parziali* o *monomanie*, di cui l'esemplare più spiccato era la monomania ambiziosa, e in *generali*, di cui il tipo più evidente era la mania. In accordo con questo preconcetto, la monomania si divideva nelle tre forme: *intellettuale*, *affettiva* ed *impulsiva*.

La monomania intellettuale era la paranoia ambiziosa, spesso confusa con la megalomania della paralisi progressiva. La monomania affettiva era la melancolia o *lipemania*. E la monomania impulsiva comprendeva una quantità infinita di casi in cui un atto qualunque, o che rappresentasse lo sfogo di un'ossessione lucida e continuata, o che fosse l'espressione d'un delirio, o che scaturisse all'improvviso e automaticamente dal disordine della coscienza, solo perchè destava raccapriccio o ilarità o meraviglia, veniva interpretato alla stessa maniera, cioè come un segno patognomonico della monomania impulsiva. Questa diagnosi servì poi d'etichetta generale a tutte le stravaganze della pazzia che venivano classificate per piromania, necrofilia, mania omicida, coprofagia, mania errabonda, sceloterbe. Il nome eteroclito di sceloterbe indicava, p. es., la tendenza dei pellagrosi al suicidio specifico mediante l'annegamento: e tanta è la suggestione delle parole, che molti medici colti, ma poco esperti di psichiatria, credono ancora a questa singolarità di determinismo da parte del veleno maidico.

Ciò che meglio risultava nella classificazione di ESQUIROL era la distinzione, del resto assai facile, tra l'imbecillità (congenita) e la demenza (acquisita).

Seguì lo schema ancora più semplice di GRIESINGER (1855-1865); ma per quanto semplice, conteneva anch'esso il suo errore. Le forme di delirio sistematizzato che oggi si ritengono primitive e vanno sotto le insegne della paranoia e della demenza precoce erano interpretate come un esito terminale della melancolia e della mania. Ed anzi parve a GRIESINGER che tutte le malattie mentali si potessero dividere in due gruppi: le emotive o primarie, come l'ipocondria (la nevrastenia?) la melancolia, la mania e la monomania agitata (paralisi progressiva?), e le intellettuali o secondarie, come la demenza, la pazzia sistematizzata e la

demenze parziali. In questa antitesi vi è una certa esagerazione, ma non manca l'intuito d'una verità fin allora ignorata.

È arbitraria la separazione assoluta delle malattie affettive dalle intellettuali nel senso che tutte le psicosi affettive siano primarie ed acute, mentre le malattie intellettuali sarebbero secondarie e croniche; ma è conforme al vero che il disordine degli affetti caratterizza gli esordi delle malattie mentali, e che il disordine dell'intelligenza è piuttosto il prodotto graduale e tardivo d'un carattere morbosamente anomalo o l'epilogo di passioni morbose che arrivano lentamente al parossismo, deformando i giudizi.

Come saggio d'una classificazione personale ricorderò quella di Guislain (1820-1860). Dopo aver delineato minutamente le poche alterazioni fondamentali delle singole funzioni psichiche che siamo in grado d'immaginare come possibili, Guislain credeva poi di riscontrare nella comparsa semplice o nelle combinazioni binarie, ternarie e quaternarie di queste alterazioni più o meno teoriche i quadri morbosi della realtà. La frenalgia era la melancolia (che Schüle chiamò *dysthymia*); la frenolepsia, l'estasi, ossia la sospensione degli atti intellettuali accompagnata da rigidità generale; l'iperfrenia, ritenuta per la più frequente delle psicosi, equivaleva all'esaltazione ossia alla mania; la parafrenia comprendeva le impulsività e le altre anomalie della volontà; l'ideofrenia consisteva nell'irregolarità delle idee; e l'afrenia era la demenza. Questo schema corrisponde male ai fatti speciali di cui dovrebbe essere la sintesi fedele, e finisce col rimanere, senza possibilità d'uscita, nel campo della psicopatologia generale. Tranne la melancolia e la demenza, i quadri clinici di Guislain sono astrazioni e non rappresentano i decorsi completi, coerenti, caratteristici e necessari delle malattie mentali come si manifestano nella realtà e come, data la causa e l'individuo, si dovrebbero prevedere ai primi stadi.

Più ricca di criteri pratici, e fra tutte più ricca d'influenza sui progressi della psichiatria, fu la classificazione di B. A. Morel, che ha per base l'etiologia. Questo eminente alienista inaugurava nel 1857, appunto con la sua classificazione, un'idea nuova, quella della *degenerazione ereditaria*. E non fu la sola: si deve a Morel anche d'aver riunito insieme le *pazzie tossiche*, tra cui peraltro non figurano (e non era ancora possibile che figurassero) le autointossicazioni. Così le malattie mentali si comprendono in sei gruppi:

1.° pazzie ereditarie (neuropatici, eccentrici, deliranti lucidi e cronici, imbecilli, idioti);

2.° pazzie tossiche (alcoolici, oppiofagi, ecc.);

3.° pazzie provenienti da altre malattie (isterici, epilettici, ipocondriaci);

4.° pazzie idiopatiche (paralitici progressivi ed altri cerebropatici);

5.° pazzie simpatiche (da malattie extracerebrali);

6.° stati terminali (dementi).

Tra le malattie del primo gruppo vi era da notare la loro tendenza a trasmettersi per eredità in forme sempre più gravi e con data sempre più precoce di generazione in generazione. Dalle semplici nevropatie all'eccentricità, dall'eccentricità al delirio sistematizzato, da questo alla pazzia grave della condotta, all'imbecillità e all'idiozia con infecondità era tutto un programma fatale di decadenza morale e somatica, che conduceva all'estinzione della stirpe e costituiva le fasi d'una vera malattia famigliale: la *degenerazione psichica*.

Il concetto della degenerazione servì di perno alla classificazione di Krafft-Ebing, che dal 1880 al 1890 fu in gran favore presso le scuole tedesche ed italiane di psichiatria e che è tra le più complete ed appropriate. I confini tra le varie psicosi si sono felicemente determinati; la psicosi delle idee fisse (ora a base nevrastenica, ora a base degenerativa) si stacca con vigore dalla paranoia, secondo quanto ci fu insegnato da Westphal; ed hanno il loro posto le psicosi rare, come la pazzia ragionante, o d'interpretazione difficile, come la pazzia morale. Ma non tutti gli errori tradizionali della psichiatria sono rettificati: persiste tra le psicosi acute una forma di demenza o stupidità che dovrebbe essere guaribile e che Kraepelin finirà per aggregare più tardi alla demenza precoce, come una varietà catatonica poco facile alla guarigione. I deliri paranoici sono sempre mescolati coi paranoidi; e toccherà a Kraepelin di operare anche questa seconda correzione, dimostrando le diversità d'origine, di natura e di significato clinico che inducono a separare questi due sintomi, malgrado le loro somiglianze apparenti.

Per Krafft-Ebing la *melancolia* e la *mania* sono malattie accidentali che colpiscono soggetti validi e non predisposti, e in tale qualità rappresentano l'antitesi delle psicosi degenerative ed ereditarie: la pazzia periodica e circolare, come la paranoia e la pazzia morale, sono tutt'altra cosa dalla melancolia e dalla mania ad un solo accesso o con poche recidive irregolari. Ora la tendenza odierna, dopo accurate osservazioni di Kraepelin e le numerose conferme ch'esse ebbero da ogni parte, è piuttosto di riferire anche la melancolia e la mania ad una diatesi costituzionale, che non esclude l'eredità. Così viene a mancare la base principale alla contrapposizione tra le così dette *psiconevrosi* o malattie acquisite e guaribili da una parte e le *psychische Entartungen* o malattie costituzionali ed ereditarie dall'altra; contrapposizione che forma la parte originale della classificazione ideata da Krafft-Ebing sull'esempio di Morel. Infatti la classificazione di Krafft-Ebing è questa:

grafiche. Come base, invece, al processo scientifico della psichiatria le classificazioni più seguite sono quelle di ENRICO MORSELLI e di EMILIO KRAEPELIN.

Secondo MORSELLI (1885-1898) le malattie mentali si possono disporre (più che per altro per opportunità didattica) in gruppi, sottogruppi, sezioni e sottosezioni.

1.° *Gruppo*. — Frenastenie o arresti di sviluppo.
 1. Idiotismo.
 2. Cretinismo.
 3. Imbecillità e sue gradazioni.
2.° *Gruppo*. — Parafrenie (anomalie dell'evoluzione cerebrale).
 1.° Sottogruppo. — Degenerazioni psichiche.
  1. Psicosi criminale.
  2. Follia o temperamento mattoide.
  3. Pazzia ragionante.
  4. Inversione dell'istinto sessuale.
  5. Paranoia originaria degenerativa.
 2.° Sottogruppo. — Psicopatie costituzionali.
  Sezione I. — Su costituzione neuropatica semplice.
   1. Paranoia rudimentaria (idee fisse).
   2. Pazzia periodica.
  Sezione II. — Su costituzione neuropatica grave.
   1. Pazzia epilettica.
   2. » isterica.
   3. » ipocondriaca.
   4. » nervosa.
   5. » neurastenica.
 3.° Sottogruppo. — Psicopatie critiche.
  1. Ebefrenia.
  2. Pazzia climaterica.
  3. Demenza senile.
3. *Gruppo*. — Frenopatie (affezioni del cervello completamente sviluppato).
 1.° Sottogruppo. — Psiconevrosi.
  Sezione I. — Forme tipiche primitive.
   Sottosezione 1.a — Con alterazione fondamentale del sentimento.
    1. Mania semplice.
    2. Melancolia semplice.
    3. Mania grave.
    4. Melancolia grave.
   Sottosezione 2.a — Senza alterazione fondamentale del sentimento.
    5. Frenosi sensoria acuta.
    6. Stupidità o demenza acuta.
    7. Catatonia.
  Sezione II. — Forme tipiche secondarie.
   Sottosezione 1.a — Con delirio allegorico.
    1. Pazzia sistematizzata secondaria o paranoia secondaria.
   Sottosezione 2.a — Senza delirio allegorico.
    2. Demenza consecutiva.
 2.° Sottogruppo. — Cerebro-psicopatie o encefalopatie con psicosi.
  Sezione I. — Cerebro-psicopatie croniche.
   Sottosezione 1.a — Forme tipiche da lesioni primitive dei centri corticali.
    1. Paralisi generale progressiva.
   Sottosezione 2.a — Forme atipiche da lesione secondaria dei centri corticali.
    2. Demenza emiplegica.
    3. » tabetica.

fettiva e specialmente la pazzia circolare? Se poi prendiamo in considerazione la gliosi della corteccia cerebrale e gli altri processi psicopatici che dipendono da lesioni organiche e diffuse del cervello, dov'è la differenza dei quadri clinici che possa render facile, sicura e concludente l'identificazione di tante pretese malattie prima della necroscopia? Quello di KRAEPELIN non è dunque uno schema di psicosi già note ed accertate, ma un programma di studi e di ricerche da cui io credo che dovrebbe uscire una classificazione delle malattie mentali meno analitica.

Seguitando: perchè mai l'arteriosclerosi del cervello è separata dalla demenza senile? E perchè la melancolia involutiva dei vecchi, che è così rara e sbiadita in confronto alla melancolia ordinaria degli adulti, sopravvive sola come una malattia autonoma, mentre le forme classiche di melancolia, tanto più frequenti e scultorie, figurano senza nome in mezzo alla pazzia maniaco-depressiva? Anche la vicinanza della pazzia maniaco-depressiva con la paranoia apparisce forzata. Per quanto tutte e due possano essere malattie costituzionali, il paranoico presenta certe singolarità permanenti del carattere e dell'intelligenza di cui non v'è la minima traccia nel melanconico e nel maniaco, nè durante la crisi nè durante i lunghissimi intervalli. E mentre il paranoico passa quasi insensibilmente dalla lucidezza al delirio, che è una concentrazione laboriosa ed intensa del suo pensiero abituale, il melanconico ed il maniaco sono da riguardare come individui psichicamente normali, che di tanto in tanto (od anche una sola volta in tutta la vita) vanno soggetti a crisi affettive e si presentano sotto un aspetto nuovo. Avvicinare ai paranoici i melanconici ed i maniaci, infliggendo anche ad essi il marchio della degenerazione, è più che un arbitrio, un errore.

Nella classificazione di KRAEPELIN è eccessiva anche la distinzione tra *nevrastenia congenita* e *pazzia ossessiva* o *Zwangsirresein*. È più semplice ammettere una nevrastenia sola con o senza complicazioni. Il grado più leggiero di nevrastenia costituzionale non oltrepassa il campo della sensibilità e dell'affettività; l'altro, più grave, disturba l'associazione delle idee e genera le immagini ossessive. Se poi l'immagine ossessiva si riferisce ad un atto da compiere, ed è così impellente che la volontà del malato non riesce a frenarlo, ecco che la nevrastenia raggiunge un terzo grado, più che una terza forma, e diventa, malgrado la lucidezza del nevrastenico, *pazzia impulsiva*.

Oltre ai problemi che si riferiscono alla suddivisione delle malattie mentali, ve n'è uno che riguarda in genere il concetto di malattia mentale. Dipende dalla delimitazione di questo concetto l'estensione più o meno vasta che si assegnerà alla psichiatria.

Sono o non sono malattie mentali i perturbamenti affettivi senza delirio? L'amnesia cronica e generale dei vecchi senz'alterazione dell'intelligenza? Le amnesie circoscritte, le afasie, le asterognosie, la cecità psichica? Le anomalie del carattere, le varietà estreme dell'indole personale? La delinquenza d'individui intelligenti e non privi d'affettività? L'inversione dell'istinto sessuale? La paranoia senza sistema fisso? La malattia del dubbio e le numerose fobie che, per quanto croniche, non inceppano l'attività intellettuale, non arrestano il suo sviluppo progressivo, non deformano il carattere, non influiscono sulla condotta e non ingannano l'autocritica dell'infermo che ne è anzi un giudice severo e desolato? Se la psichiatria non dovesse occuparsi che dei pazzi in un senso stretto e se per pazzia si dovesse intendere, come sostiene Morselli, una malattia od un'anomalia della personalità umana tutt'intera, è certo che gli stati psicopatici or ora enumerati sfuggirebbero alla competenza dell'alienista. I perturbamenti affettivi, le amnesie, le afasie, le nevrastenie con idee ossessive cadrebbero soltanto sotto l'osservazione del medico comune. La paranoia senza delirio, l'inversione sessuale, la criminalità, le anomalie del carattere verrebbero comprese nelle graduatorie psicologiche dell'antropologo, come deviazioni estreme del tipo umano. Dal canto mio non credo che convenga rimpicciolire così il dominio della psichiatria. Ogni malattia che presenti come manifestazione caratteristica l'offuscamento dell'intelligenza o la metamorfosi del carattere (intossicazioni, traumi, stati d'esaurimento), ogni perdita circoscritta, ma improvvisa e sistematica di ricordi e di abilità speciali (afasie, amnesie da focolai distruttivi, paralisi d'origine psichica), ogni oscillazione non motivata dell'umore (psicosi affettive, isterismo, prodromi nevrastenici di molte gravi malattie, nevrastenia costituzionale), ogni reazione inadeguata, insolita e irragionevole della volontà, anche se isolata (come nelle fasi iniziali della demenza precoce e senile, nell'isterismo, nella degenerazione alcoolica ed epilettica), appartengono di pieno diritto alla psichiatria, ancorchè non conducano alla disintegrazione della personalità psichica.

Nondimeno la disintegrazione della personalità psichica è un elemento di sommo interesse per la psichiatria; e si deve dar lode a Morselli d'aver messo in rilievo questo elemento, considerando la personalità come la sintesi subiettiva d'un organismo senziente e reagente. Solo è da soggiungere che questa sintesi, sempre mal distinta, non sempre presente o di rado operante nell'uomo valido e normale, non si lascia facilmente cogliere nemmeno nel malato di mente. Le variazioni quotidiane della personalità nei normali e nei pazzi non vanno scambiate con la trasformazione totale e patologica. Restano le metamorfosi straordinarie e ro-

dicali della personalità come pure le sue incarnazioni semiologiche. Ora, più che a criterio generico della pazzia, queste variazioni complesse possono essere utilizzate a criterio discriminativo tra la pazzia grave o da manicomio e le malattie od anomalie più lievi che non legittimano la privazione della libertà. Nelle pazzie da manicomio, quando cioè la personalità del pazzo è sostanzialmente cambiata, si deve ammettere l'irresponsabilità civile e penale. Nelle malattie mentali che lasciano alla personalità la sua fisonomia antecedente, e nelle anomalie più lievi, che la rendono solo parzialmente dissimile dal tipo medio dell'uomo ordinario, permane la responsabilità civile e penale (salvo possibili attenuanti), perchè permane la capacità di vivere liberamente e magari utilmente nel consorzio sociale.

La psichiatria corrente non tien conto che delle pazzie grossolane con disintegrazione o insufficienza o manifesta anomalia della personalità che trascinano gl'infermi al manicomio e implicano la perdita, momentanea o duratura, dei diritti civili. Ma la psichiatria scientifica deve occuparsi delle irregolarità minori, che, appunto perchè non bastano ad alterare sensibilmente il tipo della personalità, non ricevono, e in realtà non meritano, il nome di pazzie. Così non si può dire che siano vere pazzie, ossia che alterino la personalità, quelle malattie dei sentimenti od anomalie del carattere di cui i soggetti, per quanto malati od anomali, valutano giustamente l'importanza e che non ottundono nè falsano il loro giudizio sopra sè stessi; ma esse non cessano per questo d'essere malattie od anomalie mentali, pazzie lucide, se si vuole, o pazzie incomplete, parziali. Del resto, anche nei più gravi disordini dell'intelligenza e dei sentimenti, è ben difficile che di tratto in tratto la personalità antecedente o normale non riprenda il sopravvento; e non si deve dimenticare che entro certi limiti, come osserva lo stesso MORSELLI, la personalità è in preda a un continuo divenire anche nell'uomo fisiologico, e che non vi sono due istanti identici nella successione biografica di queste incessanti variazioni. Solo le metamorfosi e le anomalie gravissime della personalità, che presentano evidentemente l'impronta patologica, perchè rendono l'individuo *inetto ad apprezzare i propri interessi* prossimi e remoti, possono servire di norma all'alienista; ma in questo caso esse provano l'esistenza di certe malattie mentali, non sono la condizione necessaria d'un disordine psichico qualunque sia.

Ciò premesso, quali sono, nel momento presente, i *requisiti* d'una buona classificazione? Le malattie mentali devono anzitutto esservi rappresentate nella loro totalità, ma senza distinzioni troppo unilaterali o di genere teorico. Inoltre occorre che un filo direttivo stabilisca il loro ordine, ravvicinando le forme simili e scostando le dissimili. A questo sc
criterio più alla portata è quello delle cause.

La causa d'una malattia mentale si può riconoscere nella massima parte dei casi: essa dà l'intonazione al decorso ed è, per ora, la base delle nostre previsioni cliniche, delle nostre cure, della nostra diagnosi differenziale. Vi sono psicopatie la cui causa non risiede affatto nella struttura mentale dell'individuo. La mente del malato, come funzione ordinaria, apparisce non diversa da quella di tutti gli altri, ma vi è un agente esterno che viene a sconvolgerla in modo acuto. Non si diventa alcoolizzati senz'alcool, nè pellagrosi senza le muffe del mais. È vero che di fronte ai veleni la costituzione individuale conta pur sempre per qualche cosa; qualcuno ha per l'alcool un'attrazione fatale; e vi sono individui che, per piacere o per forza o incoscientemente, introducono nel proprio organismo quantità ingenti di un determinato veleno senza soffrire alcun danno intellettuale, mentre altri non resistono a dosi minime. Ma in ogni modo la costituzione individuale non è sufficiente a produrre la psicosi, che è del tutto specifica; e se pure influisce come concausa, non ha alcun rapporto colle anomalie costituzionali dell'intelligenza e del carattere. Queste psicosi, per causa esterna, sono da considerarsi come semplici accidentalità. E infatti il loro decorso, se cessa l'azione della causa morbigena, è acuto e breve; si prolunga indefinitamente solo quando l'agente morboso incoglie un cervello non ancora sviluppato, provocando reazioni organiche difficili a ripararsi, per es. un processo diffuso di gliosi; e può riuscir mortale quando l'intossicazione è assai violenta e determina febbre elevata o collasso, come nelle forme gravi d'amenza che sono consociate col nome di delirio acuto.

Vi sono altre psicopatie la cui insorgenza è ancora dovuta a cause esterne, ma che richiedono necessariamente il concorso attivo dell'organismo ammalato. Sotto lo stimolo di un'infezione, di un'intossicazione o d'una lesione viscerale, l'organismo sviluppa tossine secondarie od autotossine capaci di compromettere le funzioni psichiche. E qui si ritrovano altre forme d'amenza, come pure l'idiozia mixedematosa, il cretinismo, la paralisi progressiva, la pazzia uremica. Anche queste psicosi sono di natura più esogena che endogena, e non hanno bisogno, per nascere, d'un terreno degenerativo. Al più basta un terreno cachettico; ma la degenerazione psichica non c'è o non è dimostrabile o si presenta bensì, ma solo in casi eccezionali, per cui non sembra affatto necessaria. In ogni modo essa è sempre insufficiente senza il concorso di cause esterne. Queste psicosi meritano di stare accanto a quelle per veleni esterni o per tossine primarie; ma preparano il passaggio ad una categoria di malattie mentali la cui genesi è più intima, cioè a quelle per cause miste. Prima di arrivare al gruppo in parola, incontriamo le cerebropatie infantili e quelle degli adulti, la cui causa immediata è un complesso imper-

tante è noto di lesioni cerebrali; ma dietro a questa causa, che potrebbe passare per interna, ve n'è quasi sempre un'altra, che è esterna e fortuita. Per le cerebropatie dei bambini si tratta spesso d'infezioni, di traumi, di distocia. Per la demenza senile la causa prima consiste quasi sempre in un'arteriosclerosi più o meno anticipata del cervello che spesso è famigliale, ma che altrettanto spesso è dovuta a sifilide, ad alcoolismo, ossia (in ultima analisi) a cause esterne ed accidentali. La stessa eredità dell'arteriosclerosi, ed anche l'eredità specifica dell'arteriosclerosi cerebrale, se è interna riguardo all'organismo ed al cervello, è esterna riguardo allo sviluppo psichico, perchè non lo compromette e non lo tocca finchè rimane allo stato di predisposizione. L'intelligenza dei candidati alla demenza senile è normale; essa resta ferita dall'arteriosclerosi come lo sarebbe da un trauma o da una malattia casuale. Lo stesso si può ripetere per le demenze da emorragia cerebrale, dove la fragilità dei vasi, per quanto costituzionale, lascia integra l'intelligenza e il carattere finchè non si traduce in atto con l'apoplessia.

In antitesi con le malattie accidentali ed esogene che colpiscono cervelli validi o destinati ad una probabile validità, e prescindendo per un momento dalle forme intermedie che analizzeremo più innanzi, vi sono altre psicosi che si manifestano in individui psichicamente anormali od incompleti in cui ascendenza ha già pagato il suo tributo, di solito in grado più modesto, alla psichiatria. Si tratta, più che di vere malattie, di anomalie endogene dello sviluppo mentale che vengono con ragione riferite alla decadenza della stirpe.

La paranoia, l'isterismo, l'immoralità costituzionale, l'inversione sessuale, la nevrastenia cronica con idee ossessive, la gracilità costituzionale dell'intelligenza, la demenza precoce fanno parte di questo gruppo che dunque riunisce i predestinati. Gente che impazzisce senza un determinismo visibile, in modo ambiguo, spesso a cavalcioni tra la malattia e la normalità, e che talvolta è soggetta alle malattie mentali dell'altro tipo, ma con decorso effimero ed affrettato. Salvo una parte dei dementi precoci, tutti questi degenerati non arrivano mai alla perdita completa dell'intelligenza.

Tra le *degenerazioni* psichiche e le psicopatie accidentali stanno le psicosi affettive, che sotto un certo aspetto si presentano come malattie costituzionali, perchè assai facili a recidive talvolta regolari; in parte invece si manifestano come malattie acute, perchè colpiscono intelligenze normalmente sviluppate e, guarendo, non hanno tolto all'intelligenza il vigore e i lineamenti che aveva. Se la natura costituzionale dei disordini affettivi, che possono persino alternarsi ad accessi strettamente ravvicinati di melancolia e di mania (psicosi circolare) per tutta la vita, ci in-

o infortuni accidentali e riparabili, ma false rotte, parafrenie, anomalie di sviluppo. Di fronte alle malattie mentali, nel senso stretto della parola, queste anomalie costituzionali presentano la particolarità di favorevole. Non solo; ma in simile connubio d'anomalia e di malattia mentale, che del resto non è poi frequentissimo, si nota un'altra particolarità: gli episodi di psicosi acuta che si osservano nei degenerati si distinguono per l'insorgenza improvvisa e l'eccezionale brevità del decorso.

Che anche quest'ultimo gruppo d'anomalie sia costituito in modo naturale lo prova la circostanza che talvolta si associano fra loro, che nessuna di esse presenta un decorso progressivo, che fra i degenerati delle varie specie vi è qualche elemento comune: il carattere fantastico, la spensieratezza della condotta, l'egoismo.

Così le malattie e le anomalie mentali si classificano, secondo la causa che le ha prodotte, senza sforzi dialettici e con una discreta corrispondenza tra l'etiologia e il decorso. Ma non bisogna dimenticare che le cause esterne e le interne non formano tra di loro un'antitesi incompatibile. Vi è un po' di causa interna in ogni avvelenamento, per quanto accidentale, e vi è un po' di causa occasionale in ogni anomalia, per quanto ereditaria. Dietro il corpo delle cause esterne c'è l'ombra d'una causa interna, e viceversa: le distinzioni sono scolastiche e la realtà è sintetica.

CAPITOLO X.

La pellagra

La pellagra è una malattia endemica, a decorso remittente e per lo più non febbrile, che a lungo andare uccide e che deriva da una causa specifica, cioè dall'alimentazione per mezzo di mais ammuffito: polenta o pan giallo. Il quadro clinico della pellagra è quello di una cachessia da intossicazione; e quand'è completo, si presenta con sintomi non solo intestinali, gastrici e cutanei, ma anche motori e psichici.

ETIOLOGIA.

Il mais o frumentone o grano turco è il cibo prevalente, talvolta esclusivo, delle popolazioni rurali in molte regioni di clima caldo o temperato, come il Messico, l'Argentina, l'Uruguay, l'Egitto, la Turchia, la Grecia, la Rumenia, la Bulgaria, la Serbia, la Croazia, la Dalmazia, l'Italia settentrionale e centrale, la Spagna (Aragona e Galizia) ed alcuni dipartimenti meridionali della Francia. Dove per ragione di latitudine o d'altitudine vi sono stagioni e territori poco soleggiati, il grano turco non matura pienamente; o matura, ma poi ammuffisce, perchè è tenuto in locali umidi, in soffitte aperte, in cortili senz'alcun riparo dalla pioggia. I poderari della campagna, non potendo concedersi il lusso di una farina migliore, nè d'altri cibi più confacenti, si nutrono con la polenta infetta, di cui ignorano o sfidano i pericoli.

Essi non sentono il disgusto di quel cibo insipido o magari addirittura amaro; o se ne accorgono e superano la ripugnanza, perchè tra un veleno a buon mercato e un cibo sano, ma caro, non sono liberi di scegliere. Se poi il sole è generoso e il mais rimane asciutto, basta che il raccolto sia scarso, perchè si apra l'adito al mais avariato. L'inerzia dell'abitudine e l'interesse dei rivenditori, rifuggendo da cambiamenti radicali ed arrischiati della coltura agricola, attirano il mais d'importazione

dei paesi che ne abbondano e che possono venderne a prezzo di concorrenza. Ed anche in questo caso la merce cattiva, che costa meno e che non trova reti, si fa più strada della buona. Gli esportatori di grano turco spediscono addirittura ciò che hanno di peggio e, per compensare il sopracosto del trasporto, affidano la loro merce a stive umide e mal ventilate, dove la pioggia e il cattivo tempo guasteranno almeno una parte del carico.

Il mais avariato non resterà invenduto: *laissez faire, laissez passer*, dicono gli economisti classici. I sequestri alla frontiera doganale, oltre a contrariare il liberismo, non conferiscono al quieto vivere dei governi troppo rispettosi dell'igiene nazionale. La Repubblica di Venezia, che possedeva un Consiglio di Sanità, fu lo Stato che per primo osò intervenire a difesa dei pellagrosi. Nel 1776 l'alimentazione per mezzo di mais guasto era stata interdetta agli uomini ed agli animali domestici; il mais avariato non doveva essere mescolato col buono; si praticavano ispezioni nei mulini; l'importazione era vigilata; i medici che curavano pellagrosi erano obbligati a domandare ai loro malati dove avevano comprato il grano turco; l'acquisto clandestino di mais guasto era soggetto a processo d'inquisizione; e ai preti era prescritto di divulgare queste norme nei giorni di festa.

Lo Stato italiano intervenne con energia, benchè fugacemente, nel 1895 per tutelare gli umili consumatori di polenta, ma il grande commercio sa sopraffare lo Stato ed ottenere la revoca di decreti incomodi. Si fa credere che il mais ammuffito non serve all'alimentazione, ma all'industria. Eppure basterebbe una legislazione, se non savia, onesta, per impedire l'uso alimentare del mais avariato o immaturo, che si dovrebbe distruggere o disperdere.

Da un anno in qua, per iniziativa di BACCELLI, furono adottati provvedimenti legislativi che non mancano di previdenza e di cui potremo presto verificare l'efficacia. I mezzi profilattici, sanzionati dalla legge BACCELLI, sono inspirati ad un concetto scientificamente preciso, cioè alla convinzione che la pellagra sia un avvelenamento e che la sorgente del veleno sia il mais ammuffito. Il mais asciutto non è punto tossico; e nel Messico, dove non esiste e non arriva mais ammuffito, non si conosce pellagra. Sarebbe stato desiderabile che la legge vietasse la coltivazione del mais in quelle regioni di montagna dov'è certamente impossibile la maturazione. Ma il Senato italiano respinse questa provvida misura per non limitare la libertà e l'iniziativa individuale che, si dice, è sempre utile all'interesse collettivo della società. « Eppure » soggiunge BABALOSI « noi siamo abituati a tante menomazioni di libertà in omaggio alla finanza dello Stato, alla conservazione del patrimonio artistico, alla protezione degli animali,

dei vigneti, delle selve, degli argini, che potremmo sopportare una di più in nome della pubblica salute per la redenzione di 100.000 pellagrosi ».

CARATTERI MORFOLOGICI E VENEFICI DEL MAIS AMMUFFITO.

I caratteri del mais avariato o immaturo non sono difficili a verificarsi. Il chicco immaturo è biancliccio o bianco sporco e raggrinzito; avvolto in uno strato trasparente e sottile, lascia scorgere il germe e la perisperma col suo colore bruno. Il germe è rinchiuso in una cavità semivuota, e dentro alla quale si osservano anche detriti polverulenti. La corteccia è macchiata; e nell'interno delle cavità sono visibili ad occhio nudo gli *acari della farina*. Quando poi il chicco di grano turco è maturo, ma guasto, la sua superficie è screpolata e grinzosa, macchiata di nero o di verde, priva di lucentezza; il germe è spesso rattrappito; la radichetta è annerita; tutt'intorno vi sono cavità con un contenuto verdastro di polvere, di spore, d'ifomiceti. Ha odore di muffa e sapore amarognolo. I punti neri della superficie, visti col microscopio, corrispondono a colonie di grossi bacilli che continuano nell'interno della sostanza radicolare e formano dei cordoni (Babes, Sion, Elena Manicatide). Questi bacilli sono corti, un po' rotondeggianti, e ve ne sono di varie specie, con e senza spore. Nessuno di essi è patogeno e possono trovarsi nelle feci di pellagrosi come anche di non pellagrosi. Alcuni appartengono al gruppo dei *bacterium coli*, vi sono anche proteus e microrganismi inoffensivi, come se ne trovano nell'acqua sudicia (Monti e Tirelli).

La muffosità del mais è dovuta non solo a bacteri, ma anche a diversi funghi: *ustilago maidis*, *oidio verde*, *sporisorium maidis* (verderame), *penicillium glaucum*, *mucor racemosus*, *oidium maidis*, *eurotium mesentericum*, *sporotrichum maidis*, *aspergillus niger*, *fluorescens* e *fumigatus*. Il più frequente è il *penicillium glaucum*. Ora parecchi di questi parassiti del mais, nè poi nè meno dei bacteri, si ritrovano anche nelle feci, sulla pelle, nelle mucose d'individui che, oltre a non essere pellagrosi, non hanno nemmeno mangiato grano turco. Dunque i parassiti del mais, almeno per la massima parte, non sono nè una particolarità di questo cereale, nè la causa immediata della pellagra. Essi sono l'agente alla cui presenza l'uomo resta indifferente e il mais ammuffisce. Ma l'organismo umano, che non soffre al contatto dei bacteri e delle muffe maidiche, si ammala per l'ingestione del mais ammuffito. Il mais è dunque o la sorgente diretta d'un veleno o il tramite d'una sostanza che diventa velenosa nel-

1.° Il mais, anche sano, è velenoso (ROUSSEL). La sua costituzione chimica è tale che contiene certi veleni naturali e produce una tossicosi cereale simile al latirismo: *zeismo*, e i seguaci di questa teoria si chiamano *zeisti*. I paesi dove è in uso il mais, e tuttavia non vi è pellagra, come il Messico, la Dalmazia, l'Irlanda, dimostrano la falsità di questa teoria.

2.° Il mais non è sempre velenoso; ma in alcune qualità di mais che tardano a maturare, come il *quarantino* e il *cinquantino*, si trovano regolarmente veleni che sono la causa della pellagra. Teoria in assoluto contrasto coi fatti: la pellagra infierisce anche dove non si coltivano e non vengono importati il quarantino e il cinquantino.

3.° Il mais, per sè stesso, non è velenoso; ma, sano o guasto che sia, acquista proprietà venefiche nell'intestino umano quando si trova sotto l'influenza chimica *di secrezioni* (morbose?) o *di fermentazioni* (speciali?) che riescono innocue a contatto di altri cibi. Teoria puramente fantastica: chi ha verificato queste secrezioni? come si rivelano questi fermenti?

4.° La formazione del veleno maidico avviene nell'organismo dell'uomo, ma solo a spese del mais guasto. Il mais guasto non è dunque velenoso (e tanto meno il mais buono), ma è il veicolo di sostanze che diventano velenose nell'organismo umano (quando? dove? in che modo?).

5.° Il mais guasto è velenoso, il mais buono è innocuo, e la pellagra è un avvelenamento puro e semplice (BALARDINI, LOMBROSO). Insomma, la pellagra è una malattia dell'uomo e d'altri vertebrati che deriva a sua volta da una malattia del grano turco. Delle due malattie, quella degli animali è un'intossicazione e quella del mais è un'infezione. I parassiti del mais non sono infettivi per gli animali.

Quest'ultima teoria raccoglie oggi i suffragi di quasi tutti i pellagrologi. Essa è fondata sull'osservazione e sull'esperimento. Gli animali da esperimento, cani, gatti, conigli, cavie, polli, rane, furono alimentati con mais sano e con mais guasto o con cibi ricavati dal mais; si usò l'alimentazione esclusivamente maidica e l'alimentazione mista; si adottò anche il trattamento con le sostanze estrattive, e non si mancò di ricorrere ai sieri nella speranza di confermare la patogenesi tossica e di scoprire le antitossine. Ne risultò la verità di ciò che BALARDINI, prima che fiorisse la patologia sperimentale, aveva felicemente intuito e che LOMBROSO aveva sagacemente dimostrato.

I cani, abbondantemente nutriti di mais ammuffito, quantunque privati di carne, di pane o di latte, non presentano alcun segno d'inanizione, anzi aumentano di peso; ma soffrono d'ipertonia muscolare con esagerazione dei reflessi tendinei e persino (due volte su dieci casi) di tetano; sette su dieci ebbero diarrea; uno presentò eritema; altri dimostrarono

L'eritema non è rigorosamente limitato alle parti scoperte della pelle, ma tuttavia occupa territori circoscritti a limiti netti e distinti. Talvolta è simmetrico. Spesso si riduce alla semplice congestione della rete papillare; altre volte passa ad essudazione sierosa o purulenta. L'epidermide si solleva in bolle e si stacca a larghi frammenti, lasciando senza difesa il corion che s'infiamma. Oppure si forma un essudato che, esposto all'aria, si dissecca e si converte in croste. Queste croste riparano il tessuto sottostante e ne permettono la reintegrazione.

Se poi la desquamazione è lenta, la *crosta* non si forma: si ha l'eritema secco a decorso cronico con l'epidermide rossa, scura, pigmentata, o addirittura di color caffè, che presenta macchie a vasta superficie ed a limiti netti, ma senza lesioni di continuo. Anche le labbra sono gonfie e screpolate. La distrofia si estende frequentemente alle *unghie* che diventano fragili.

La mucosa dello stomaco è anch'essa tra le prime a risentire l'azione lenta e insidiosa del veleno che ha più facile giuoco in un organo logorato, anche meccanicamente, dall'elaborazione quotidiana d'un cibo ingombrante. I malati si sentono bruciare la bocca, la gola e lo stomaco come se fossero toccati da un ferro rovente, e bevono senza tregua per estinguere l'incendio che li divora, benchè non abbiano febbre.

Sopraggiunge la stomatite: le gengive si gonfiano e si congestionano, la lingua si screpola; una parageusia disgustosa (con sapore di salato, popolarmente *sal salso*) si manifesta nel digiuno e dopo il pasto, ma non toglie allo stomaco dilatato il bisogno insaziabile di riempirsi ancora. Il potere digestivo dello stomaco è fiacco per ipocloridria e forse anche (Agostini) per ipotonia e insufficienza d'innervazione. Nel decorso della pellagra sono frequenti le eruttazioni, la gastralgia, la bulimia, la sete intensa; e qualche volta vi è anoressia, nausea e vomito. È immancabile la *pirosi* (Lombroso).

In questo momento della malattia, sempre senza febbre, si ha spesso *stitichezza* con dolori di ventre e meteorismo. Talvolta la stitichezza continua, ma più spesso, o fin dal principio o dopo un periodo di stipsi, si ha diarrea abbondante, ostinata, sierosa, per lo più accompagnata da dolori. Qualche altra volta la diarrea è sanguinosa, simile a quella della dissenteria, e vi è difterite del crasso.

Nei pellagrosi si riscontra abbastanza spesso la *nefrite parenchimatosa* cronica con degenerazione grassa, con desquamazione epiteliale dei canalicoli e con cilindri (Vassale). Le orine sono scarse e poco dense.

Oltre alla debolezza muscolare, alla stipsi, alla diarrea, si hanno altri disturbi di origine decisamente spinale: *paresia generale*, andatura spastica, incerta, barcollante; esagerazione dei *riflessi patellari* (Strambio

Così la psicosi pellagrosa è qualche cosa di diverso dalla comune melancolia e dalla volgare mania; è qualche cosa di più della semplice amenza; e si può concludere che rappresenta la somma di due quadri distinti, quello dell'amenza nei suoi primi attacchi, quello della *demenza* nella fase ultima e continuativa che accompagna la cachessia cronica e *irrimediabile*. È un'amenza intermittente e progressiva che, se non guarisce o non riesce precocemente mortale, termina in demenza. Infatti la morte avviene spesso anche prima che l'ultimo stadio sia raggiunto; e in questo caso i malati muoiono in istato di *delirio acuto* senz'essere passati per la demenza.

Che i pellagrosi, anche quando si mostrano depressi ed esaltati, non siano dei veri melancolici, nè dei veri maniaci, si deduce da molti indizi sicuri. Il pellagroso depresso non ha mai la lucidezza del melancolico senza delirio; e i suoi errori di giudizio raggiungono difficilmente la coerenza caratteristica dei deliri melancolici. Il pellagroso esaltato rivela più paura che furore, più confusione che allegria: sotto la depressione e sotto l'esaltamento si scorge senza sforzo il disordine, se anche non cronico, dell'amenza. Le sue percezioni interne sono alterate dalle parestesie, le percezioni esterne dalle allucinazioni; e l'associazione delle immagini è sconvolta dal disordine diretto dei processi ideativi indipendentemente dal turbamento affettivo.

Nella melancolia e nella mania gli errori di giudizio sono meno gravi, meno costanti e in ogni modo rappresentano l'effetto secondario di un turbamento dell'affettività. Inoltre il pellagroso è quasi sempre trasognato, smemorato, inebetito. È ben difficile che renda conto del suo passato, che sappia d'essere al manicomio, che riconosca con prontezza e precisione i medici e gl'infermieri. Questi infimi rappresentanti del proletariato rurale non parlano che di miseria, rifiutano il cibo per timore di pagare il conto, diffidano del modesto lusso che li circonda nell'ospedale o nel manicomio ed a cui non sono abituati; spesso sono tormentati da un delirio di dannazione. O invece dimostrano un'estrema umiltà, un ottimismo singolare riguardo ai cibi che vengono loro somministrati, un delirio di grandezza che desta compassione per la meschinità delle sue proporzioni. Un sacco di patate, un podere, un vestito nuovo, un sigaro scelto sono il più alto ideale della loro ambizione. In generale il pellagroso è abbattuto, ha la *faccia smorta*, parla poco e a voce sommessa, e la sua fisonomia porta l'impronta della tristezza e della rassegnazione. Anche la breve durata dell'accesso di pazzia acuta depone per l'amenza più che per la mania o per la melancolia.

Questo stato di avvilimento con lieve disordine mentale e smemoratezza può verificarsi anche nei primi anni. Solo al terzo, al quarto anno,

quando l'infermo è già fuori dal suo noviziato, la confusione aumenta e si ha un vero delirio con mutacismo, sitofobia, singhiozzo, pianto, atti impulsivi ed agitazione. Ma di solito l'agitazione è breve, e ad essa succede presto un nuovo accesso di depressione con immobilità, taciturnità ed un aumento massimo della confusione mentale.

Qualche volta la psicosi pellagrosa assume la forma d'una *pseudo-paralisi progressiva* con euforia e con alcuni dei sintomi motori proprî di questa malattia classica. Per riprodurne il quadro, la pellagra fornisce già vari sintomi caratteristici, come la rigidità pupillare, l'esagerazione dei riflessi rotulei, la bradilalia, (benchè di origine più mentale che disartrica); l'amenza e la demenza completano la rassomiglianza. I riflessi patellari possono anche mancare; e come si parla di pseudo-paralisi pellagrosa, così si ammise anche l'esistenza d'una pseudo-tabe. Ma Tuczek osservò ben 300 pellagrosi con riflessi del ginocchio esagerati, solo 8 con abolizione; e in questi 8 casi non si era alcun segno di tabe. La pseudo-tabe è dunque una complicazione per lo meno rara.

I pellagrosi possono durare in vita per decine di anni, presentando ad ogni primavera un accesso di esacerbazione. La loro decadenza fisica e mentale è spesso di un'estrema lentezza. Naturalmente gli accessi diventano d'anno in anno più gravi, e gli ultimi sono accompagnati da cachessia e da demenza. La morte, se non avviene nei primi accessi per mancanza di cure e per collasso, arriva più tardi per cachessia e malgrado ogni cura. O invece ha luogo per suicidio, per tubercolosi polmonare (specialmente nei fanciulli), per broncopolmonite, per tubercolosi intestinale, per scorbuto.

La cachessia dei pellagrosi non è associata alla demenza con un rapporto assoluto. Anche negli ultimi stadi della malattia l'infermo può fermarsi alla frontiera d'una lieve confusione con indebolimento della memoria. Ed anche nei primi assalti d'amenza la confusione può manifestarsi in forma piuttosto mite, senza veri delirî.

ANATOMIA PATOLOGICA.

La pellagra ferisce principalmente l'asse cerebro-spinale, gl'intestini e la cute; ma spesso non risparmia i reni, il fegato, la milza, il cuore, i vasi, i muscoli. Delle lesioni che si riscontrano nei cadaveri di pellagrosi, alcune sono dovute alla cachessia generale, altre sono la conseguenza diretta dell'intossicazione. Ed anche tra queste ultime bisogna distinguere le lesioni croniche dalle *acute*.

Gaspare Casal la descrisse per la prima volta col nome di *mal de la rosa*; in Italia verso il 1740. Non si estese in Francia che verso il 1815, in Rumenia verso il 1830. Varcò da poco la catena dell'Appennino, penetrando o aumentando d'intensità nelle provincie di Siena, di Grosseto, di Perugia, di Ancona, Ascoli-Piceno e Macerata, di Campobasso, di Teramo, di Aquila, in Toscana, nell'Umbria, nelle Marche e negli Abruzzi (Baratosi).

In Rumenia vi sono 5 milioni di contadini che si nutrono di mais, e la statistica non denuncia che 20,000 pellagrosi. Pare che il mais bianco e giallo sia esposto ad ammuffire, mentre il mais rosso è poco attaccabile e perciò riesce sempre innocuo. In ogni modo è evidente che l'alimentazione maidica, per sè stessa, è tutt'altro che dannosa. Le proprietà nutritive del mais sono superiori a quelle del riso, anzi fu dimostrato che il mais di buona qualità e ben cotto viene assimilato più facilmente e più completamente degli altri cereali (Kosol e Rubner). Gli albuminoidi del mais sono assorbiti dall'intestino in ragione dell'85 %, mentre quelli del pane bianco non vi penetrano che in ragione del 74 %, e quelli del pane nero in ragione del 58 %. Se mai, il grano turco è povero d'idrati di carbonio, non già di albuminoidi. Perciò la pellagra infierisce soltanto dove si coltiva il grano turco; ma non in tutti i paesi che lo coltivano, nè presso tutte le persone che ne mangiano: e la geografia della pellagra è assai più ristretta di quella del mais.

PROFILASSI E CURA.

La profilassi della pellagra, dal punto di vista scientifico, è un quesito semplicissimo e già risoluto. Dal punto di vista pratico la repressione preventiva della pellagra è un problema alquanto più complesso, ma tutt'altro che difficile. Lo Stato deve vigilare sulle importazioni, sul raccolto, sulla macinazione, sulle maniere di conservazione, sul commercio e sul consumo del mais, adottando misure proibitive contro il mais ammuffito. È facile sequestrare al loro arrivo nei grandi porti, il cui numero è assai limitato, le grosse partite di mais avariato che provengono dall'estero. Un buon mezzo di render quasi impossibile il consumo del mais avariato è quello di praticarne gratuitamente il cambio con una quantità corrispondente di farina buona. Il sistema del cambio fu inventato nelle Marche ed è largamente applicato nel territorio di Brescia. Il Ministero d'agricoltura l'ha incoraggiato con sovvenzioni.

Furono istituiti forni gratuiti per l'essiccazione del grano turco. In Irlanda si procede alla ventilazione del grano turco con l'apparecchio

fermi spedalizzati. Per facilitare la distribuzione delle vivande ai contadini che abitano in luoghi remoti e che non potrebbero, malati come sono, recarsi ogni giorno senza disagio alla sede della cucina, le locande sanitarie dispongono di succursali senza cucina e meno lontane dalle abitazioni dei consumatori, dove le razioni vengono portate ad ora fissa per mezzo di carretti a mano forniti di riscaldamento e vengono consumate sul luogo come nelle locande centrali.

Nel 1906 l'Italia annoverava 319 locande sanitarie distribuite in 23 provincie: 117 in Lombardia, 118 nel Veneto, 76 nell'Emilia, 6 nelle Marche, 1 in Toscana ed 1 nel Lazio.

I pellagrosi che ne fruiscono salgono a parecchie migliaia. Il Governo sussidia anche le locande sanitarie, che in generale sono più numerose e più frequentate dove la pellagra è più intensa. Nei paesi invece dove la pellagra è ancora poco diffusa e sarebbe perciò assai facile l'estirparla, non si fa nulla contro di essa; la sua esistenza e persistenza è un'arma di opposizione reazionaria contro la politica liberale e serve di pretesto a domandare protezione ad industrie che si additano come il vero e il solo rimedio all'endemia pellagrosa. Così in Toscana non si vuol sentir parlare nè di locande sanitarie, nè di vigilanza sullo spaccio del mais guasto; si finge di credere che la pellagra possa scomparire togliendo alle capre la proibizione di pascolare nelle foreste ch'esse rovinano e favorendo la confezione di certi formaggi che vengono elevati alla dignità di una panacea sociale.

Ma la popolazione e il Governo hanno iniziato contro la pellagra una campagna aggressiva e coraggiosa: la popolazione, creando associazioni alleate con vincoli interprovinciali, promovendo congressi, pagando di borsa; il Governo legiferando senza preconcetti di scolastica liberista. Il liberismo doganale potrebbe giovare alla causa dei pellagrosi se, invece d'impedire le misure proibitive contro il mais avariato, togliesse di mezzo gli ostacoli all'importazione del grano bianco, abolendo i forti dazi che proteggono l'indolenza dei produttori nazionali. In questo caso il forte ribasso del pane determinerebbe una limitazione nel consumo delle peggiori farine di mais.

vasta diffusione per ragione dello strapazzo fisico; negli osti, nei cuochi, nei sensali di vino per tentazione professionale; nei vetturali per l'esposizione alle intemperie. Non è da trascurare una forma di alcoolismo che potrebbe dirsi *farmaceutico* e che infierisce tra i nevropatici e valetudinari dediti al consumo di vini e liquori medicati, elixir, tinture. Tra le alcooliste delle classi *elevate* il veicolo dell'alcool, sotto veste terapeutica od igienica, è spesso l'acqua di Colonia.

L'età più propizia per lo sviluppo dell'alcoolismo è quella dai 25 anni in poi. Tuttavia non è raro l'alcoolismo in età inferiore. Anche nei fanciulli può sorgere, come abbiamo accennato, un alcoolismo infantile, che qualche volta assume forma cronica ed è accompagnato da caratteristici episodi di *delirium tremens*. Persino nei lattanti si sono osservati qualche volta sintomi d'alcoolismo trasmessi di seconda mano dalla nutrice. In questo senso si può ammettere persino un alcoolismo fetale.

FORME.

Gli effetti patogeni dell'alcool si possono presentare acutamente nell'*ubbriachezza*. L'ubbriachezza è un episodio isolato; raro in individui ordinariamente temperati, periodico negli individui dediti all'alcool, nel qual caso i suoi sintomi si sovrappongono a quelli dell'alcoolismo cronico. Vi è una forma di ubbriachezza che può dirsi fisiologica: essa rappresenta la reazione di un organismo normale all'intossicazione alcoolica acuta; ma vi sono anche forme schiettamente patologiche di ubbriachezza nelle quali organismi degenerati reagiscono in maniera anomala.

L'*alcoolismo cronico* può decorrere a lungo senza provocare una vera forma di psicosi conclamata. Assai spesso non si notano dell'alcoolismo che i sintomi fisici, nervosi, e dal lato mentale si ha un grado variabile di decadimento psichico, di *degenerazione alcoolica*, che presenta note assai caratteristiche. Ove questo stato di degenerazione alcoolica sia molto accentuato, si giunge alle forme deliranti croniche dell'alcoolismo, ai *deliri sistematizzati* di persecuzione e di gelosia, che somigliano molto per la loro coerenza a quelli della paranoia. Un certo grado di *indebolimento mentale* vi è in ogni alcoolista; ma l'indebolimento mentale può raggiungere veri caratteri di *demenza*, con deliri svariati ed effimeri, che ricopiano quelli della paralisi progressiva. Questi stati deliranti con indebolimento mentale sono accompagnati da fenomeni fisici che si riscontrano a loro volta anche nella paralisi progressiva: si ha per ciò in complesso una forma di *pseudo-paralisi progressiva* che differisce dalla vera per la sua etiologia e per il suo speciale decorso. Nell'alcoolismo *cronico* si possono

Lo stesso inceppamento che si riscontra nei processi psichici si manifesta anche nelle funzioni motorie. La parola è lenta, strascicata, disartrica con tutte le possibili gradazioni e, nelle fasi più avanzate, fino alla completa anartria, come nei paralitici. La voce cade di tanto in tanto nelle intonazioni nasali. La mimica è ampia e impacciata, priva di precisione e spesso grottesca, benchè l'ubbriaco cerchi di renderla dignitosa. Questa difficoltà di parola e di movimenti, la ripetizione fastidiosa di frasi insignificanti, come se fossero spiritose ed umoristiche, e la sconclusionatezza delle idee formano un singolare contrasto con la baldanza dell'ubbriaco, che lo rende sentenzioso, sentimentaleggiante e qualche volta lirico, apostolico, filosofico, ma senza un contenuto adeguato al *pathos* animatore.

Nell'andatura si manifesta il caratteristico disordine atassico, per cui i passi si succedono a gruppi rapidi in senso obliquo e nutanti, più che a condurre avanti, ad impedire la caduta. Più tardi non solo l'incesso è impossibile, ma anche la stazione eretta. L'ubbriaco cade, per non risvegliarsi che alla mattina seguente, in preda ad un sonno comatoso che qualche volta si protrae oltre le 24 ore.

Spesso il sonno catastrofico dell'ubbriachezza è seguito da uno strascico di disturbi minori. Si ha cefalea, vertigine, nausea, sete, inappetenza, stanchezza alle gambe, tutto il complesso di quelle sensazioni penose e disgustose che i Tedeschi hanno compendiato nel nome di *Katzenjammer*. BECHTEREW osservò come postumo dell'ubbriachezza un quadro caratteristico di atassia cerebellare, che si verifica negli ubbriaconi abituali.

UBBRIACHEZZA PATOLOGICA.

In alcuni individui, per lo più degenerati predisposti alle psicopatie, epilettici, isterici, imbecilli, o che hanno antecedentemente subito traumi al capo, l'ubbriachezza assume un carattere spiccatamente patologico. Ora si tratta di veri accessi convulsivi che scoppiano nell'acme dell'intossicazione, ora di stati psicopatici che possono riguardarsi come *equivalenti* di epilessia psichica: impulsi omicidi o suicidi, accessi di furore, stati stuporosi, stati crepuscolari di semicoscienza, nei quali l'ubbriaco compie azioni turpi o criminose, violenze carnali, esibizionismo, ferimenti, uccisioni con amnesia completa dell'accaduto. Si può avere anche la così detta *ubbriachezza apoplettica* che conduce improvvisamente al coma e nel coma alla morte.

Gli individui che soggiacciono a queste forme d'ubbriachezza patologica presentano sempre in modo stereotipato lo stesso quadro tutte le volte che

s'abbriccano. L'affinità di questi stati con gli accessi epilettici è tale, che se può ammetterne senz'altro l'identità: si tratta di fenomeni epilettici provocati dalla intossicazione alcoolica.

SINTOMI DELL'ALCOOLISMO CRONICO.

L'alcoolismo cronico si manifesta con un corteo di sintomi nervosi assai caratteristici, che sono più costanti e più precoci dei sintomi psichici. Essi si devono in massima parte a lesioni dei nervi periferici, ma in parte sono di origine centrale.

Notevoli sono i disturbi della sensibilità cutanea, che si presentano distribuiti ad isole e corrispondono al territorio dei nervi maggiormente affetti. Obbiettivamente si può verificare un indebolimento della sensibilità tattile che va sino alla anestesia completa. Talvolta si ha termoanalgesia. Talvolta invece si ha iperestesia vivissima e ogni contatto riesce doloroso. Subbiettivamente l'alcoolista cronico prova sensazioni di formicolio, punture, dolori a trafittura. Questi disturbi della sensibilità sono determinati da alterazioni nevritiche più o meno avanzate. Ove le alterazioni dei nervi sono più accentuate si manifestano fenomeni di *paresi motorie*, specialmente negli arti inferiori e in particolar modo, con sede quasi di predilezione, nel campo degli estensori del piede. La forza muscolare è generalmente diminuita, specialmente negli arti inferiori, e facilmente si arriva alle atrofie muscolari più o meno circoscritte. Le anestesie riferite a paralisi alcoolica, a pseudotabe alcoolica, a neurotabe periferica, dipendono da lesioni nevritiche eccezionalmente accentuate: in questi casi la distinzione dalla tabe si può fare, oltrechè in base ai dati anamnestici, scoprendo i fatti obbiettivi di nevrite, le atrofie, il dolore alla pressione, e il contegno spesso normale o quasi normale delle pupille.

Nel campo dei sensi specifici sono assai frequenti le *lesioni dell'ottico* e della *retina*. Moltissimi alcoolisti cronici presentano un indebolimento dell'acutezza visiva, discromatopsia e persino completa acromatopsia. Subbiettivamente possono soffrire di fotopsie svariate. L'oftalmoscopio svela spesso una caratteristica pallidezza della papilla nella sua parte temporale. Più rare sono le emorragie retiniche e l'intorbidamento generale della papilla. I disturbi pupillari di rado sono assai accentuati, possono peraltro in certi casi giungere alla completa rigidità. Talvolta si hanno paralisi dei muscoli oculari.

Nel campo dell'*udito* sono frequenti i ronzii, i sibili, gli scrosci. Per ciò che si riferisce al gusto, è frequentissimo il pervertimento o addirittura la quasi completa anestesia gustativa, ma accompagnata da percezioni subbiettive di sapori disgustosi.

assenzio; ma è certo d'altra parte che l'epilessia si manifesta anche in regioni dove l'assenzio è sconosciuto ed anche in bevitori di puro vino.

Nel campo dell'innervazione vasomotoria l'alcoolismo cronico determina *paralisi vasomotoria* ed *edema dei vasi cutanei*, specialmente nella faccia (*facies potatorum*). Il naso è specialmente colpito e presenta un'ipertrofia caratteristica. L'acne rosacea è frequente nei bevitori ed è popolarmente nota come indizio di intemperanza alcoolica. Ma è un segno tutt'altro che sicuro, e si possono incontrare nasi calunniatori in individui temperanti.

L'abuso cronico delle bevande alcooliche porta anche come conseguenza diversi *disturbi viscerali*. In prima linea per ordine di frequenza stanno quelli dello stomaco. Lo *stomaco* può essere *dilatato*: ciò avviene specialmente nei bevitori di vino o meglio ancora di birra. Si aggiungono i fenomeni della *gastrite cronica*: inappetenza, nausee, vertigine, *vomito mattutino*. Finchè l'alcool è ben tollerato dallo stomaco, esso favorisce l'ingrassamento e la corpulenza; ma quando i disturbi digestivi sono accentuati e si determina anche anoressia e vera ripugnanza al cibo, decade subito la nutrizione fino a stati di vero marasma. Il *fegato* è spesso alterato dall'alcool: come è noto, l'alcoolismo è la causa più frequente di cirrosi atrofica. Anche i reni sono lesi assai di spesso, sia direttamente per azione dell'alcool sugli elementi epiteliali specifici, sia indirettamente per mezzo dell'arteriosclerosi che l'alcoolismo determina o favorisce in tutti gli organi, e a preferenza nei reni e nel cervello. Il *cuore* è spesso *ipertrofico* anche per riflesso delle lesioni renali e dell'arteriosclerosi diffusa, e finisce col presentare degenerazione adiposa. La *nevrite del vago*, non rara negli alcoolisti, può determinare anche disturbi di innervazione per eccesso di eccitazione o per paralisi: *polso raro*, *tachicardia*.

I *disturbi mentali* dell'alcoolismo cronico si presentano in modo insidioso e lentamente progressivo, sì che non è possibile stabilire un limite netto tra lo stato normale e gli stati schiettamente psicopatici. Molto spesso l'abitudine delle bevande alcooliche non determina che un *arresto*, un precoce esaurimento della perfettibilità individuale, senza determinare una evidente *decadenza mentale*. Ma da questo arresto ad una vera involuzione, o per dir meglio ad una *degenerazione psichica*, il passaggio è insensibile. L'alcoolista consumato presenta segni di *decadenza* soprattutto nella sfera morale. Le attitudini già acquisite si conservano discretamente, ma si perde la capacità e il desiderio di opere nuove o più alte. Il lavoro diventa penoso e per essere compiuto richiede il concorso dell'abituale eccitamento alcoolico. I poteri inibitivi scemano grandemente, il carattere si fa fiacco: facilmente l'alcoolista cade in preda al fatalismo o ad uno scetticismo che non è più che un comodo mezzo per giustificare di fronte a sè ed agli altri la propria inerzia. L'umore diventa irritabile, facile a

dispiacevoli; l'alcoolista si lascia abbattere da piccole contrarietà perchè non si sente la forza di vincerle. Trascura i rapporti sociali, diventa misantropo, viene a facili transazioni con la propria coscienza, decade gradatamente sino all'estrema abbiezione. La noncuranza si rende visibile con la sporcizia esteriore della persona. Il senso genetico soffre una grave decadenza o è spinto a *pervertimenti*. Nei casi più accentuati anche l'intelligenza soffre; la capacità di attenzione è affievolita, la memoria debole, incapace di fissare nuovi ricordi, sicchè tutto il campo dell'attività psichica è più limitato.

Di questa decadenza deve necessariamente risentirsi la posizione sociale dell'alcoolista, il quale non di rado è ridotto all'indigenza, a cambiamenti di mestiere, alla disoccupazione cronica, al vagabondaggio; e queste sventure economiche non fanno che rinsaldare la tendenza al bere, che diventa l'unico sollievo, l'unica fonte di passeggero benessere.

Su questo terreno è facile che germoglino *deliri sistematizzati*. Un primo accenno di delirio si ha già nella maniera tutta speciale di considerare le cose che è frequente negli alcoolisti. Specialmente se intelligenti e dotati di una certa cultura, gli alcoolisti cronici sono condotti dal loro stato d'animo abituale ad una visione cinica del mondo e della vita. Il bevitore letterato fa pompa d'un misantropico *pessimismo* sugli altri e su di sè, e contempla la propria disgrazia non come un effetto dell'abitudine morbosa, ma come una conseguenza naturale degli ordinamenti sociali, dell'etica ingiusta, del male che trionfa nell'universo.

Dal pessimismo si passa facilmente a delirî di persecuzione. L'alcoolista tende ad attribuire le proprie sventure al malvolere altrui, alle ingiustizie, alle sopraffazioni, agli attacchi malevoli, alla concorrenza sleale, oppure rivolge le sue recriminazioni alle persone di famiglia: egli si è rovinato per avere una famiglia troppo numerosa, una moglie rozza o infedele, sono i contrasti domestici che lo hanno spinto a bere per dimenticare.

In questi stati di degenerazione alcoolica è più specialmente comune il *delirio di gelosia*. Forse, come osserva uno scrittore letterario, Edmondo De Amicis, la impotenza sessuale che affligge molti di questi alcoolisti è il movente di questo delirio, che può talvolta assumere forme minacciose e violente.

DELIRIO ALLUCINATORIO.

Fin qui i delirî si mantengono nei limiti della verosimiglianza e non sono accompagnati da altri fenomeni manifestamente psicopatici. Non è così invece di altri delirî che possono presentarsi episodicamente nel corso dell'alcoolismo cronico e che per la loro incoerenza e per le allucinazioni

a cui sono associati assumono un carattere più schiettamente patologico. Si tratta del *delirio allucinatorio degli alcoolisti*, nel quale predominano le idee di persecuzione e le allucinazioni uditive. Queste allucinazioni si iniziano per lo più con una esagerazione degli ordinari ronzii e scrosci frequentissimi negli alcoolisti cronici. Ma assumono ben presto un contenuto verbale e un significato minaccioso per l'ammalato. Si tratta dapprima di parole indistinte od inesatte, alle quali peraltro il malato attribuisce un significato delirante; poi di minacce, accuse, allusioni, insinuazioni maligne, parole di disapprovazione o di condanna, generalmente esorbitanti, paradossali, incoerenti e quindi incredibili. Tuttavia l'ammalato ne rimane atterrito, ansioso, crea su queste allucinazioni deliri di persecuzione anche più paradossali delle allucinazioni stesse. Lo stato di eccitamento, di irrequietezza, di insonnia, con cui l'accesso si inizia ordinariamente si accentua sempre più e può condurre ad atti di violenza od al suicidio. Le allucinazioni uditive sono spesso unilaterali. Talvolta esse ricopiano i pensieri più intimi del malato, si ha il fenomeno del pensiero ad alta voce.

Le allucinazioni visive sono più rare, e generalmente si limitano a fotopsie, possono assumere peraltro aspetto configurato, specialmente in condizioni favorevoli, di notte all'oscuro; ed anche in questo caso il loro contenuto è minaccioso, terrifico: uomini in aspetto minaccioso, bestie, meccanismi di tortura. Allucinazioni intense e persistenti dell'olfatto e del gusto spingono talvolta ad ostinato rifiuto del cibo.

Se l'ammalato è sottoposto all'astinenza, si ha ordinariamente la guarigione in un termine relativamente breve, di pochi mesi al più. Vi è peraltro grande tendenza alle recidive, e specialmente in questo caso la reintegrazione dell'intelligenza non è completa, ma si ha uno stato di *demenza stabile* più o meno accentuato.

PSEUDO-PARALISI ALCOOLICA.

Una forma di psicopatia non infrequente nel corso dell'alcoolismo cronico ed assai importante, soprattutto per la diagnosi, è la così detta pseudo-paralisi progressiva. Si tratta di accessi psicopatici che insorgono per lo più improvvisamente con tutti i caratteri della paralisi progressiva, non solo nel campo delle perturbazioni psichiche, ma anche dei sintomi somatici. Gli ammalati presentano spesso la caratteristica euforia, la spensieratezza, i deliri paradossali di grandezza, i noti fenomeni pupillari, tremore, atassia, disgrafia, disartria. La sindrome paralitica può essere così chiara e completa, da indurre in errore, tanto più che spesso gli alcoolisti

disturbi nevritici in atto e tremore a tipo alcoolico; e soprattutto quando la sindrome paralitica si presenti incompleta per difetto di sintomi pupillari o della disartria o dell'amimia, la diagnosi di pseudo-paralisi si presenta come assai probabile. Ma non può ad ogni modo venire accertata che successivamente, verificandosi un decorso regressivo ed un esito favorevole.

La mancanza dimostrata di sifilide (per esempio in individui che non ebbero mai contatti carnali) è un altro elemento a favore della pseudo-paralisi alcoolica.

DELIRIUM TREMENS.

L'episodio psicopatico più caratteristico dell'alcoolismo cronico è il delirium tremens. A torto esso è stato considerato come un fenomeno esclusivo derivante da una soprasaturazione di alcool per abusi eccezionali. Assai spesso il delirium tremens si determina in modo indipendente dagli eccessi alcoolici, potendo persino insorgere in un periodo di astinenza, ma esso scoppia costantemente sul terreno dell'alcoolismo.

La sintomatologia del delirium tremens ripete nelle sue linee generali il quadro delle psicosi acute confusionali, cioè dell'amenza. MEYNERT lo definì addirittura come un'amenza nel corso dell'alcoolismo cronico. Dopo un periodo prodromico, nel quale il paziente è irrequieto, insonne, di cattivo umore, depresso, e nel quale si manifestano anche accenni di fotopsie elementari, come scintille, aloni, scintillii, lampeggiamenti, insorge il periodo confusionale allucinatorio, caratterizzato segnatamente da ricchissime e caratteristiche allucinazioni visive. L'ammalato vede intorno a sè una grande quantità di figure allucinatorie in locomozione incessante: omuncoli, bestie di ogni sorta, che si arrampicano per le pareti, invadono il letto, coprono la sua persona, traversano a frotte lo spazio, ed egli cerca invano di allontanarle o di afferrarle. L'impressione che l'ammalato ne riporta è sgradita o addirittura angosciosa, ma qualche volta è anche piacevole e gaia. L'ammalato è irrequietissimo, intento al suo mestiere, alla sua caccia, alla sua pesca miracolosa o alla spazzatura del suo letto che è divenuto il bersaglio della manna celeste, il teatro delle invasioni barbariche, il vivaio degli insetti. In questo stato allucinatorio tutto dà luogo a illusioni, le persone presenti sono trasfigurate, appaiono in aspetto minaccioso, terrificante, e non di rado l'ammalato è violento contro di esse. Benchè siano sempre preponderanti le allucinazioni visive, non mancano le uditive: fischi, urli, parole insultanti o minacciose, chiamate per nome. E anch'esse contribuiscono ad alimentare lo stato di angoscia in cui si trova il malato.

PATOGENESI.

Circa alla patogenesi dei disturbi nervosi e mentali che si osservano nell'alcoolismo, si può dire che di essi la sola intossicazione acuta, l'ubbriachezza, può considerarsi come un effetto diretto ed immediato dell'alcool sul sistema nervoso. Già nei casi di ubbriachezza patologica noi abbiamo la cooperazione di fattori interni, come la degenerazione nervosa e l'epilessia latente.

Quanto ai sintomi dell'alcoolismo cronico, essi non possono attribuirsi all'azione diretta dell'alcool se non in parte. Ognuno di questi sintomi si protrae per parecchio tempo dopo un'astinenza assoluta; e non solo nel suo aspetto negativo, cioè come fenomeno di difetto, ma anche come fenomeno irritativo. Bisogna dunque ammettere che l'alcool possa produrre alterazioni generali ed intime del ricambio che alla loro volta si ripercuotono sul sistema nervoso. D'altra parte l'alcool, come offende il sistema nervoso, lede molti altri apparati organici, lo stomaco, il fegato, i reni, le cui alterazioni funzionali non possono riescire indifferenti per il sistema nervoso. Ed è anche certo che i disturbi nervosi sono sempre più accentuati in quegli alcoolisti abituali, la cui nutrizione generale ha maggiormente sofferto, come avviene quando sono compromesse le funzioni gastriche, renali ed epatiche.

Ma la patogenesi indiretta è soprattutto evidente nel delirium tremens. È assodato che l'accesso di delirium tremens può scoppiare in un periodo di completa astinenza, ed anzi talvolta è appunto l'improvvisa astinenza che può apparire come l'unica causa diretta dell'accesso. Alcoolisti imprigionati e costretti improvvisamente al regime carcerario vanno facilmente incontro al delirium tremens. Su queste osservazioni si è anzi fondata l'opinione, certamente eccessiva ed unilaterale, di alcuni autori i quali considerano il delirium tremens come un fenomeno di astinenza negli alcoolisti.

L'accurato esame di numerosissimi casi ha indotto concordemente tutti gli autori a rilevare la eccezionale importanza che hanno le cause debilitanti nel determinare lo scoppio del delirium tremens. Spesso si tratta di infezioni, soprattutto della polmonite, di trauma, di spavento, di strapazzo psichico, di contrarietà. Sicchè l'alcool non farebbe che preparare il terreno, indebolendo l'organismo e predisponendolo all'influenza di svariate cause morbose. È soprattutto verosimile che si tratti di una alterazione del ricambio determinata dall'alcool e che ha per risultato una intossicazione interna (Kraepelin).

tale, determinando nei centri alterazioni corrispondenti. La lesione delle vie piramidali è ad ogni modo sempre più lieve e meno evidente che quella dei nervi; talvolta non è rilevabile con alcuno dei mezzi di ricerca. Si direbbe in questi casi che debbano esser lese le estremità terminali spinali delle fibre piramidali, e che da simili alterazioni, non ancora verificabili con gli attuali mezzi d'indagine, derivino le caratteristiche reazioni delle cellule. Del resto in molti casi il metodo di Marchi basta a mettere in evidenza nella corona raggiata la presenza di un discreto numero di fibre degenerate. È probabile che queste fibre corrispondano a cellule corticali che hanno subito, al di là della fase di reazione, un vero processo distruttivo. Anche nella sostanza bianca del cervelletto si riscontrano fibre degenerate.

Fig. [illegible] — Cellule piramidali, grande e media, della zona motrice in istato di reazione a lesione del cilindrasse in un caso d'alcoolismo (da M. [illegible]).

Il metodo di Weigert per la *nevroglia* in certi casi non lascia scorgere alcun cambiamento; in altri invece permette di osservare una *proliferazione* di fibre. Questo aumento di nevroglia deve esser considerato come l'indice di un processo cronico che ha per sede i centri; esso sta più in rapporto coi fenomeni cronici dell'alcoolismo che non coi fenomeni acuti del delirium tremens.

Nel midollo può mancare ogni alterazione delle vie lunghe anche se nella corteccia cerebrale vi sono segni sicuri che le cellule di Betz hanno reagito morbosamente. Non è peraltro infrequente una lesione *primaria* delle vie piramidali, la quale può anche essere complicata da diffuse degenerazioni secondarie di fibre, simili a quelle che si osservano col metodo di Marchi nella corona raggiata (fig. 84). Il fenomeno della reazione a lesione del cilindrasse, oltreché nelle cellule delle corna anteriori, si osserva

molto di frequente nelle cellule delle colonne di Clarke. Nei cordoni po-
steriori e specialmente nei fasci di Goll sono comuni le *degenerazioni sistematiche*, che accompagnano ordinariamente i casi inveterati di poli-
nevrite alcoolica.

I nervi periferici sono spesso sede di *nevrite* prevalentemente od anche
esclusivamente *parenchimatosa*. Tutti i nervi possono essere colpiti, ma
lo è con speciale predilezione il *nervo peroneo*. Si osservano pure tutte
le lesioni caratteristiche della fibra nervosa, dalla più leggera *nevrite pe-
riassile* alle forme gravi di *degenerazione walleriana* che dipendono da

Fig. 51. — Midolla dorsale con degenerazione parziale dei fasci piramidali in un caso d'alcoolismo. Metodo di Weigert (da M. Cassal).

interruzione fisiologica. Si può anche osservare semplice atrofia primaria
delle guaine mieliniche con conservazione del cilindrasse. Il processo ne-
vritico è in ogni caso più spiccato nei piccoli rami periferici che nei
grossi tronchi centrali.

Nei muscoli si osservano lesioni degenerative secondarie alla lesione
delle fibre motrici. Senator e Strümpell ammettono inoltre una speciale
forma di *miosite*, che sarebbe primitivamente determinata dall'azione del-
l'alcool.

CURA.

La cura dell'alcoolismo ha come base necessaria e come mira princi-
pale la soppressione radicale dell'abitudine al bere. Ben diversamente da
quanto avviene in altre intossicazioni croniche volontarie, come ad esem-

PATOGENESI.

Basta un centigrammo di morfina (cloridrato o solfato), iniettato sotto la pelle, per produrre in un uomo non iniziato al vizio un benessere profondo e caratteristico. La parola *euforia* si pretende coniata appositamente (da Laehr nel 1871 o piuttosto da Levinstein nel 1875) appunto per indicare il benessere meraviglioso di chi ha in corpo qualche centigrammo di morfina. Questo benessere deriva da un eccitamento attivo, ma leggero, generale ed armonico di tutte le coscienze e di tutte le funzioni coscienti, a cui si somma la cessazione completa e immediata di tutte le sofferenze anteriori, se ve n'erano. Le torture della peritonite svaniscono e cedono il posto a rosee illusioni; la poliartrite si ammansa e permette di muovere senza gran pena le membra deformate; le nevralgie, o almeno certe nevralgie e in certi malati, si sospendono come per incanto. Il benessere della morfina penetra ogni fibra dell'organismo, lo abbevera di dolcezza e trasporta lo spirito nel mondo dei sogni, ma senza obnubilarlo come nell'euforia melensa dei paralitici, come nell'allegrezza sconcia degli ubbriachi, come nell'eccitamento irrequieto e rumoroso dei maniaci.

Questa specie di felicità effimera, ma senza nubi, richiede una costituzione tollerante; ma anche in tal caso non sorride pienamente che ai morfinisti d'occasione ed ai novizi. L'intolleranza è abbastanza frequente e si manifesta con nausea, vomito, capogiro, lipotimia e sonnolenza; ma conduce subito al sonno, da cui si esce perfettamente guariti. I morfinisti inveterati sono invece paragonabili ai marinai che, o per refrattarietà congenita o per abitudine, non patiscono il mal di mare. Ma in cambio di questa intolleranza immediata e ammonitrice, essi provano, superato il periodo dell'euforia, che dura qualche ora o anche meno, un malessere immenso, un abbandono disperato, uno sgomento ignoto ai principianti, e che per disgrazia non cessa se non ricorrendo ad una nuova iniezione. Inoltre la nuova iniezione dovrà raggiungere una dose più alta o una ricorrenza più affrettata della precedente per determinare l'effetto desiderato. Così si perpetua un circolo vizioso, che fa del morfinismo un'abitudine fatalmente progressiva. Il malessere caratteristico del morfinista disubbriacato, non potendo placarsi che con la morfina, assume l'aspetto della *sete morfinica*, del *digiuno*, dell'*astinenza forzata*, dell'*amorfinismo*, della *morfiofagia*: e questi nomi terribili, col loro significato di necessità impellente, d'ossessione atroce, d'impulso incoercibile, dicono chiaramente lo stato angoscioso e contradittorio dei malati, che nella morfina

ogni iniezione, ed è la reazione più caratteristica, ma non la più importante, alla morfina, da parte di tutti coloro che non soffrono d'intolleranza. Si chiudono le porte alle sensazioni dolorose o moleste, sopratutto a quelle che costituiscono la sete morfinica, e il soggetto dimentica ogni noia. Le membra paiono più leggiere, sale al capo un piacevole tepore, il corpo è tutto invaso da un senso di agevolezza, scompare ogni idea di sforzo e di fatica; la creazione e l'elaborazione delle idee si svolgono più vivaci, più agili, senz'alcuna pena; si colgono rapporti lontani tra le cose, si aumenta il tono del lavoro mentale ed anche fisico, e l'individuo può scrivere, parlare, discutere senza riposo (Morselli). Questo benessere è più intenso nei morfinisti novizi, mentre nei morfinisti molto allenati si avvicina assai (almeno subiettivamente) alla mediocrità sbiadita delle condizioni ordinarie.

c) *Quadro dell'amorfinismo* (dell'essimorfinismo?), penoso, durevole, pronto a scomparire con altri mezzi dalla morfina infuori. La vita del morfinista abituale è un'alternativa continua di due stati opposti, per cui ad un'euforia sempre più debole succede un accasciamento amorfinico sempre più grave. Il bisogno di morfina si fa così imperioso, che assume il carattere dell'*ossessione incoercibile* e talvolta trascina, come tutte le ossessioni, a reazioni inadeguate e persino violente. In certi casi gravissimi scoppia lo *stato d'eccitamento*, il *delirium tremens*, che ha analogie con quello dell'alcoolismo (Levinstein). In casi meno gravi si vedono morfiomani a cui è necessario e giovevole, per il momento, lo sfogo della semplice puntura o un'iniezione d'acqua pura, che agisce come un'illusione volontaria od anche come un inganno di cui il malato non si accorge; tanto è connessa con tutti i suoi particolari l'immagine dell'iniezione. Del resto, durante lo stato d'amorfinismo i malati non sono tormentati soltanto dalla sete psichica della morfina, ma anche da una serie di sofferenze materiali e d'incomodi obiettivi: nausea, vertigine, gastralgia, brividi, irritabilità, impulsività; e talvolta da convulsioni, delirî, amaurosi, allucinazioni, sopore, sudor freddo, aritmie del polso, tendenza al collasso, albuminuria e glicosuria. Ma il sintomo culminante dell'amorfinismo è la deformazione della volontà, ridotta allo stato di monoabulia o di morfiomania. La monoabulia del morfinista in istato d'amorfinismo si esplica con l'offuscamento della rettitudine, della dignità, dell'intelligenza, e prepara rammarichi, rimorsi, timori, che gli amareggeranno il periodo del soddisfacimento. Il morfiomane, prigioniero della casa di salute o della solitudine o della miseria, commette qualunque bassezza pur di procurarsi la morfina: si racconta di uomini che discesero alla frode, al furto, alla violenza; di donne che si prostituirono per questo scopo. È poi comune fra i morfinisti la menzogna nell'indicare le dosi e la frequenza delle iniezioni.

Ma la massima parte dei morfinisti ha tutt'altra origine. Vi sono individui che soffrono di malattie dolorose e croniche, come la *tabe*, o subacute e periodiche come le *nevralgie*, e che, divenuti morfinisti per necessità, continuano nell'uso della morfina per divertimento. Vi sono i morfinisti per *nevrastenia*, spinti all'abuso dall'insuccesso di ogni rimedio. Vi sono i morfinisti per *imitazione*: gli spiriti deboli, coloro che convivono con morfinisti, le mogli e i clienti di medici morfinisti. I medici stessi che debbono esporsi (specialmente in campagna) a fatiche indicibili e che possono con facilità procacciarsi la morfina, figurano sempre tra i primi, in tutte le statistiche del morfinismo. Il morfinismo nell'opinione pubblica è meno ignobile dell'alcoolismo e raccoglie vittime più elette: da un lato il movente del morfinismo non è *rozzo* come quello dell'alcoolismo, anzi talvolta è scusabile; dall'altro le sue conseguenze sono più drammatiche e più interessanti, perchè il morfinista ha la consapevolezza e l'orrore della propria sventura.

CURA.

La cura del morfinismo è doppia: da un lato si ricorre ai sostitutivi innocui, specialmente ai *tonici cardiaci* (Jennings), dall'altro al divezzamento sistematico.

Si conoscono tre metodi di divezzamento:

1.° *Metodo brusco*: crudele perchè porta al parossismo le sofferenze dell'amorfinismo; pericoloso perchè la privazione improvvisa della morfina può condurre al collasso; non è da adottarsi che in via affatto eccezionale, su morfinisti robusti, da poco dediti alla morfina e che ne consumino dosi insignificanti.

2.° *Metodo lento*: incerto appunto per la sua lentezza e soggetto ai danni dell'imprevisto, non è consigliabile che sui morfinisti estenuati dalla cachessia e su quelli che, liberati dal morfinismo, rimarrebbero in balìa di dolorose infermità organiche, come la tabe dorsale, i tumori cerebrali, i neoplasmi progressivi dello stomaco. Anzi, se queste infermità sono assai dolorose, se la morte è inevitabile, e se per di più è a breve scadenza, non è il caso di tentare nemmeno il divezzamento in piccolo. Questo metodo si applicherà ai morfinisti di vecchia data e assai deperiti, riducendo giornalmente la razione di morfina in ragione di due, tre centigrammi o poco più. Del resto, le difficoltà non cominciano che quando si è discesi alla dose minima di 10 centigrammi al giorno. Talvolta si arriva allo zero, ma si è poi costretti a ricominciare.

3.° *Metodo rapido*: consiste nel ridurre di giorno in giorno la razione

di morfina con diminuzioni in serie, partendo dalla dose massima a cui il morfinista era arrivato. Questo metodo razionale conduce con sicurezza e senza pericolo alla soppressione totale della morfina in capo a cinque o sei giorni; e in dieci giorni se la dose era di 1 gr. e mezzo o 2. Esso si deve ad Erlenmeyer, che per primo lo preconizzò e che lo usa largamente nel suo *Sanatorium*. Ma la soppressione della morfina non è ancora la guarigione, perchè il divezzamento sia sopportabile e durevole occorre un periodo di consolidamento.

La cura del morfinismo richiede da parte del medico fermezza, autorità, abnegazione e una sorveglianza continua per mezzo d'infermieri educati, incorruttibili e ben pagati; perciò non è possibile che in case di salute bene organizzate o speciali, come quella di Erlenmeyer. I morfiomani sono straordinariamente proclivi alla ribellione, alla calunnia, alla frode ed alla menzogna per procurarsi di contrabbando la morfina, per fugare l'avida ricerca, o per liberarsi da una cura opprimente. Alcuni, conoscendo il metodo di divezzamento rapido, denunziano una razione abituale superiore alla vera, per arrivare più tardi alla privazione completa; e così si guadagnano una giornata d'orgia con l'assentimento del medico. Il procedimento usato da Erlenmeyer è il seguente:

Metodo del divezzamento rapido.

Dose abituale	10 a 20 cg	20 a 40 cg	40 a 50 cg	da 50 a 1 gr	1 a 2 gr
1.° giorno	8	15	25	30	50
2.° —	6	12	15	20	30
3.° —	5	10	12	15	20
4.° —	5	6	7	12	15
5.° —	2	4	4	8	10
6.° —	1	3	3	6	6
7.° —		2	2	4	3
8.° —		1	1	2	2
9.° —				1	1

3.° *Metodo dei sostitutivi.* Consigliato da Obersteiner, questo metodo non è che un complemento della demorfinizzazione graduale. Non bisogna confondere il metodo di Obersteiner con la sostituzione empirica ed imprudente d'un veleno mediante un altro veleno qualunque, come il cloralio, l'alcool o la cocaina. Per rendere tollerabile lo stato d'amorfinismo Obersteiner, che applica il metodo del divezzamento rapido, somministra bensì la cocaina, ma sempre per bocca e solo in momenti di estrema agitazione; la dose è ridotta, non supera mai il mezzo grammo in una giornata, e deve decrescere di giorno in giorno. Si accompagna questo sostitutivo con quello, ben più efficace e meno pericoloso, del bagno

caldo: i malati in istato d'angoscia amorfinica stanno per 5, 10, 15 minuti nell'acqua a 36°, e poi passano all'affusione fredda od al lenzuolo bagnato anche per un'ora o due.

Più completo, più sicuro, e meno insopportabile per i malati è il metodo che consiste nell'impiegare tutti i tonici che si conoscono allo scopo di rendere nulli gl'inconvenienti subiettivi ed obiettivi dell'amorfinismo. La digitale e la sparteina prevengono il collasso; e per giudicare quand'è il momento di adoperarli, si terrà l'occhio al contegno del polso. Qualche volta si ricorre alla trinitrina (qualche goccia di soluzione sulla punta della lingua) o si dà a respirare la piridina. Mattison usa il bromuro di sodio, la codeina e il trional; Bernardi la duboisina.

Ma il mezzo più efficace e più razionale di combattere le sofferenze dell'astensione è quello di trattare i malati con le acque alcaline. La morfina iniettata per via ipodermica, come dimostrò Conrad Alt, si elimina per la via dello stomaco; e Hitzig, lavando lo stomaco con la sonda, verificò un eccesso d'acidità nel succo gastrico, che è causa della nausea, del vomito e di parecchi fra i più disgustosi fenomeni dell'amorfinismo. Questa verifica di fatto condusse al metodo della così detta *demorfinizzazione chimica*, suggerito da Hitzig e largamente applicato da Erlenmeyer. L'acqua minerale preferibile è quella di Vichy.

Si deve prendere in considerazione anche il procedimento sussidiario della *psicoterapia*, che si basa principalmente sulla suggestione ipnotica e che costituisce una specie di demorfinizzazione morale. Io l'ho applicato con fortuna, ottenendo una guarigione radicale in pochi giorni, ma passo per passo e senza combattere la morfiomania troppo direttamente. A tal fine è necessaria l'ipnosi completa con amnesia successiva, non importa se spontanea o comandata; solo allora le suggestioni riescono veramente efficaci, per quanto ardite e spinte oltre al dominio delle funzioni volontarie. L'ipnotizzatore potrà imporre l'appetito, il sonno ad ora fissa, il coraggio, il buon umore, la voglia della fatica, l'elevazione della cenestesi, e preparare così il terreno all'abbandono spontaneo della morfina per mancanza del bisogno relativo o addirittura per repulsione, senza esporre l'ipnotizzato alle pene dell'amorfinismo, nè al rischio d'una controsuggestione improvvisa e categorica, che, non riuscendo efficace, comprometterebbe la cura. Infatti, quando l'ipnotizzatore urta violentemente la volontà o gli istinti o le abitudini del suo soggetto, ne perde ben presto il rispetto e la simpatia: senza questi requisiti la suggestione scema di efficacia e a lungo andare lo stesso sonno ipnotico finisce col rendersi del tutto impossibile.

CAPITOLO XII.

L'amenza

Si chiama *amenza* (Meynert), *delirio sensoriale*, *confusional insanity*, *Wahnsinn*, *Verwirrtheit*, una psicosi acuta, non sempre afebbrile, di varia origine, caratterizzata da una specie d'atassia mentale, che sconvolge i processi della percezione e dell'ideazione, e che può sospenderli totalmente fino all'incoscienza. L'amenza assale individui giovani, di mente normale, e chiude il suo brevissimo decorso con la perfetta guarigione, ma anche non di rado con la morte.

Le cause dell'amenza risalgono a perturbazioni organiche talvolta gravi ed evidenti, talvolta lievi ed oscure, in ogni modo assai diverse per natura e per sede: spesso non è che il reliquato psicopatologico d'infezioni ben note. Questa pluralità d'origini lascerebbe credere che l'amenza non sia una malattia a sè, ma una sindrome. Tuttavia i diversi disturbi somatici che possono diventare fattori primitivi e lontani della sindrome amenziale non ne provocano lo scoppio se non perchè convergono in un'azione comune, che si esercita di preferenza sulle funzioni percettive ed associative del cervello e che si rivela per l'omogeneità dei suoi effetti psichici di caso in caso. Quest'azione caratteristica, quantunque si sviluppi nel decorso d'infezioni e d'intossicazioni le più diverse per natura e intensità, è forse simile e costante come meccanismo fisio-patologico. Fino a prova contraria, essa può considerarsi come la causa immediata ed unica dell'amenza. L'amenza rimane dunque qualche cosa di compatto anche dal punto di vista della patogenesi; e l'uniformità non delle sue cause, ma del loro modo d'azione, corrisponde benissimo all'indiscutibile unità dei suoi quadri clinici.

I confini dell'amenza erano un tempo assai più angusti. Le sue forme violente passavano per casi di mania grave. Le sue forme meno profonde e semilucide, permettendo il sistematizzare d'un delirio quasi coerente, erano e sono interpretate anche oggi, ma non da tutti, come una varietà guaribile di *paranoia acuta* o come episodi deliranti nella vita fortunosa

dei degenerati. Infine, i casi letali d'amenza erano e sono tuttora collocati in un posto a parte e come una malattia a sè sotto il nome di *delirio acuto*; gli antichi alienisti chiamavano queste forme di amenza col nome di *mania febbrile* e di *tifomania*. E ciò senza contare i così detti *deliri da collasso*, che Kraepelin separò dal delirio acuto, ma che a loro volta si possono considerare come una varietà accelerata dell'amenza con esito favorevole. Questi quadri clinici sono facilmente collegabili, perchè, comunque comincino e comunque finiscano, spiccano per un insieme di sintomi essenziali che non si ritrovano nelle altre psicosi, e che si riassumono nella formula: semicoscienza onirica seguita da amnesia, senza periodicità, con guarigione o con morte a breve termine.

SINTOMI.

L'amenza si manifesta con sintomi psichici e con sintomi somatici. Tra i sintomi psichici, che sono i più caratteristici, predomina su tutti gli altri quello del *disorientamento*. È un disorientamento penoso e spesso completo, di luogo e di tempo, di persone e di cose. I malati non sanno in che città si trovano; non distinguono l'estate dall'inverno, nè il giorno dalla notte; dubitano che i loro cari siano morti; credono che il medico sia Dio o il diavolo o il comandante del naviglio; non riconoscono l'uso degli oggetti più comuni, orinano nel bicchiere, fanno l'atto di pettinarsi con un pezzo di sapone, scambiano la finestra per un armadio, e in qualche momento si lasciano sfuggire persino la nozione della propria individualità.

Un senso d'incertezza e d'impotenza è l'ordinaria risultante di questo smarrimento, che perciò si discosta dalla disorientazione pacifica della demenza senile. Mentre il demente senile soggiace a lacune ed errori parziali della percezione e della memoria, che qualche volta sa abilmente nascondere, ma che in ogni modo non lo affliggono, nè lo avviliscono gran che, l'ammalato d'amenza è spesso sgomentato o terrificato, cerca aiuto, grida o minaccia, e non attinge alcun lume nell'esperienza personale, che ha cessato d'assisterlo.

Le sue percezioni sono in gran parte alterate od anche inibite da stimoli interni. Le poche immagini normali e collegate sono frammiste ad *allucinazioni*, che le rendono irriconoscibili. Il mondo appare agli amenti come attraverso ad un sogno confuso ed opprimente. Nei corridoi del manicomio rintronano i passi sonori degl'infermieri; nel giardino stormiscono gli *alberi parlanti*; dalle pareti dipinte della camera spuntano

di separare gli amenti agitati dai maniaci. L'amente è tutto concentrato e piuttosto è smarrito in sè stesso; il maniaco si profonde, e non a caso, al di fuori; l'uno è contraddittorio ed enigmatico, l'altro è fin troppo logico e trasparente. Questa distinzione non è superflua, perchè giustifica la distribuzione moderna degli agitati, per categorie nosologiche, da una parte in una *grande amenza*, che ne comprende il maggior numero, dall'altra in una *piccola mania*, che ne abbraccia assai pochi; e perchè in questa diversa assegnazione è coinvolto un concetto prognostico. Noi sappiamo già che l'amenza si riproduce difficilmente e guarisce, ma minacciando la vita; mentre vedremo che la mania guarisce egualmente, ma si rinnova spesso, quantunque a lunga scadenza, e in ogni modo non include alcun pericolo per la vita.

Non tutti gli amenti sono agitati. Ve n'è una buona parte che, al contrario, dimostrano con la loro *immobilità* la più profonda indifferenza affettiva: sono gli *amenti attoniti*. L'indifferenza degli amenti attoniti è secondaria, perchè proviene dalla sospensione dei processi di percezione e di rappresentazione. In questi ammalati le immagini attuali sono così deformate, le immagini mentali sono così contraddittorie, che si elidono a vicenda e non suggeriscono nulla. Il sentimento resta inaridito per mancanza di materia prima, cioè d'immagini e d'idee; la volontà rimane paralizzata dalla mancanza di motivi. Si cade così nello stupore, ma in uno stupore inattivo, senza emozioni e senza ricordi, soprattutto senza manifestazioni catatoniche, perchè la catatonia è un'iniziativa sbagliata e stolida, ma energica e tenace, che testifica ancora un certo grado di coscienza. Nondimeno l'*amenza attonita* è difficile a distinguersi dagli episodi di stupore che aprono il processo della demenza precoce o che s'interpolano nel suo decorso. Spesso la distinzione si pratica, non già sulla differenza dei sintomi, ma sull'evidenza d'una causa somatica che parla in favore d'un processo amenziale. Altre volte il diagnostico non arriva che a processo finito, quando il ritorno dell'energia e la stabilità della guarigione e la coscienza che ha il malato d'un profondo distacco tra il suo stato attuale e lo stato di malattia rendono certo che si trattava di un'amenza accidentale.

In questi casi di stupore passivo i malati sono raramente analgesici, ma le punture cutanee non risvegliano che riflessi automatici. Qualche volta l'immobilità si vince col comando o con una dolce insistenza o con una lieve pressione meccanica che agisce come uno stimolo supplementare e si somma con l'impulso insufficiente della volontà. A questo modo i malati, metà per iniziativa propria, metà per obbedienza, camminano, ma senza una meta, e si alimentano, ma senza preoccuparsi di ciò che mangiano.

altri, danno il nome di *paranoia acuta* ai deliri di questo genere e persino ai casi d'amenza asistematica. Io credo che una simile miscela di deliri disparatissimi, anche se puramente verbale, sia ingiustificata e perturbatrice: non vi è nessuna analogia tra un delirio improvviso, breve, guaribile, che toglie al malato ogni lucidezza, ed un delirio meditato, abituale, costituzionale come quello della paranoia.

Un amente di 20 anni, soldato, di buona indole, intelligente, che faceva il meccanico, cade in uno stato d'amenza, in seguito d'aver inventato un cannone, dice d'essere martirizzato e indebolito per effetto dell'acqua espansoria, spera di diventare generale e manda all'aria tutto ciò che si trova sotto mano; ma in poche settimane, non senza qualche oscillazione della termogenesi, guarisce e torna a casa. Qualche volta l'amenza si orienta verso le idee di persecuzione; il malato si crede accusato di sodomia passiva, i cocchieri pubblici, i rivenditori di giornali, i monelli brontolano e ridono quando lo vedono passare, dicono che ha le scarpe lucide, che il suo letto è molto soffice, che ha le tasche piene di dolciumi; e quand'è solo gli pare che i fili del telefono trasportino ingiurie e calunnie a suo carico, che dal soffitto della sua camera piova ambra o vino tonico, che sui muri della città sia scritto: *morte a* . . . (e qui il suo nome). Oppure accade che il delirio amenziale sia rivolto all'erotismo: in chiesa e sulla strada si trovano paggi e cavalieri che fanno largo all'ammalata, le porgono l'acqua benedetta, le offrono il loro cuore con segni impercettibili, con atteggiamenti languidi e misteriosi. Una signorina di trent'anni, di bell'aspetto, onesta, educatissima, cominciò a credersi derubata, a fantasticare intrighi e insidie a proprio danno, a trovar tutto *cambiato*; venne al manicomio, dimagrò rapidamente, cadde nella massima confusione, levandosi un dente, percuotendo le compagne, comportandosi come una demente, arrivando fino alla perdita delle feci e dell'orina. Quest'ammalata, in capo a qualche mese, aumentò di peso, riacquistò la sua discreta avvenenza, divenne lucida e abbandonò il manicomio guarita: anzi poco tempo dopo fece un matrimonio di riflessione, e sono vari anni che sta bene.

Nell'amenza è costante l'insonnia, un'insonnia fatta d'irritazioni organiche, che non hanno un corrispettivo psichico, e che relegano questo fenomeno nella sfera dei sintomi somatici. Mentre il melancolico non dorme perchè soffre, e il maniaco perchè esulta, l'amente è in preda ad un'insonnia talvolta tempestosa, talvolta placida e senz'emozioni, che è l'espressione dell'equilibrio instabile a cui sono ridotti dalla malattia i diversi centri funzionali della corteccia. Volubili come sono nell'attività, questi centri non sono capaci di perseverare nemmeno nel riposo; l'isolamento dal mondo esterno non risparmia ai centri sensoriali l'azione

fallimento cui susseguе subito una depressione della temperatura anche fino a 35.° e meno con assopimento estremo della coscienza, polso piccolo e frequentissimo, respirazione superficiale ed accelerata, sudore abbondante. E così si arriva alla morte, talvolta in modo inatteso, anche dopo quattro o cinque giorni di malattia.

I disturbi di nutrizione, che si rivelano sopratutto col dimagramento talvolta imponente, sono di regola, specialmente in quei casi, gravi o leggieri, che non decorrono troppo rapidamente. Lo stato di denutrizione è in parte un effetto delle stesse cause da cui derivano i disturbi mentali; in parte dipende dallo spreco di energia muscolare, dallo strapazzo, dalla febbre e dalla deficienza di riparazione alimentare per disturbi digestivi ed assimilativi. Il reintegrarsi del peso corporeo procede di pari passo col riordinamento di tutte le funzioni, comprese le psichiche, ed è di fausto pronostico. Spesso questa rifioritura ha qualche cosa di meraviglioso per la sua rapidità.

Nel decorso dell'amenza, per quanto grave, si osservano spesso brevi periodi di tregua, durante i quali il malato è lucido ed esprime, talvolta con parole assai efficaci, lo stato malagevole del suo pensiero. Queste *tregue*, notate da Kraepelin nel delirium tremens, sono comuni a tutte le psicosi confusionali ed acute. Esse sono del tutto effimere e non durano che una mezza giornata, ma più spesso qualche ora o qualche minuto. Talvolta sono un sintomo *in limine mortis*. Evidentemente gli ammalati di questo genere soffrono di un disordine nei rapporti dinamici tra le idee, che turba la coscienza a sbalzi e ne impedisce la continuità. Ma se il disordine tace per un istante, la personalità intellettuale, che non è cambiata da alcun pervertimento o sistematismo, riappare nella sua integrità coi sentimenti e con le tendenze abituali.

L'amenza può presentare lunghe remissioni e recidive. Ammalati in stato anche grave, con febbre, migliorano notevolmente, riacquistano lucidezza e vigore per vari giorni o settimane, ma poi peggiorano improvvisamente. A. Fuchs sostiene che queste remissioni sono di infausto significato, ciò che non sono lontano dal credere anche per esperienza personale.

Le recidive possono rinnovarsi a distanza di anni con una certa periodicità. Questo fatto è suscettibile di varie spiegazioni, tutte egualmente verosimili e non inconciliabili fra di loro. Può darsi che cause diverse o identiche bersaglino lo stesso individuo in epoche diverse della vita; può darsi che una causa persistente, ma soggetta ad oscillazioni, per esempio una malattia cronica del tubo digerente, dia luogo ad accessi ripetuti d'amenza; può darsi infine che in certi individui il sistema nervoso

riscontra, benchè con minore diffusione, anche nei casi comuni d'amenza, dove l'alcoolismo si può escludere o mettere in seconda linea. Più frequente che altrove è quest'alterazione nelle cellule giganti della zona motrice, donde prende origine il fascio piramidale. Essa può interessare solo una piccola parte di queste cellule, mentre le altre presentano, come le piccole e medie piramidi, il tipo di cromatolisi diffusa che abbiamo mentovato per primo.

La lesione descritta ha, qualche volta all'evidenza, il carattere d'una reazione a distanza. Le fibre che dipendono dalle cellule alterate sono lese primitivamente e talvolta in alto grado; per cui le cellule, alterandosi secondariamente, non fanno che reagire alla degenerazione delle fibre. In questi casi il metodo di Marchi mette in rilievo la degenerazione di fibre del fascio piramidale.

Peraltro avviene non di rado che le cellule della zona motrice siano alterate, mentre le fibre piramidali sembrano illese. È verosimile che, con tutto ciò, esistano lesioni incipienti di fibre piramidali, e che le cellule abbiano già reagito prima che le lesioni delle fibre siano così inoltrate da potersi riconoscere col metodo di Marchi. In ogni modo il tipo di lesione per reazione a distanza coesiste con quello della cromatolisi diffusa, che rende il nucleo più colorabile e che interessa in vario grado tutte le altre cellule della corteccia.

Quando la lesione di midollo è più disseminata, essa può arrivare alle colonne di Clarke, persino alle corna anteriori ed ai gangli spinali.

La nevroglia non presenta alterazioni importanti. Il metodo elettivo di Weigert non mette in evidenza moltiplicazione di fibre. Intorno alle cellule nervose si osserva qualche volta che i soliti nuclei di nevroglia sono in aumento e cominciano a penetrare nel citoplasma delle cellule nervose. I vasi, in genere, sembrano normali; tutt'al più si può riscontrare un rigonfiamento dell'endotelio nei piccoli vasi ed una proliferazione di nuclei endoteliali. La presenza di batteri svariati, come fu verificata da alcuni autori, è occasionale e dipende da invasione agonica o da infezioni generali.

ETIOLOGIA E PATOGENESI.

L'etiologia dell'amenza, come abbiamo premesso, non è unitaria. Vi è un gruppo di casi più gravi, a decorso febbrile, con esito mortale, che passano sotto il nome di *delirio acuto*, e che presentano il quadro d'uno stato d'infezione o di grave intossicazione generale. Vari autori si sono affaticati nella ricerca di microrganismi patogeni, esaminando batterio-

logicamente il sangue, il liquido cefalo-rachidiano, gli organi tratti dal cadavere. Reperti positivi non mancano, benchè spesso le indagini praticate con la maggior insistenza in varie fasi della malattia e persino nei visceri cadaverici possano dare un risultato del tutto negativo. Così Briand in tre casi di delirio acuto osservò che il sangue conteneva microrganismi a forma di bastoncino (1881); Rezzonico, nel 1884, trovò accumuli di cocchi dentro i vasi cerebrali; Bianchi e Piccinino nel 1888 ricavarono dal sangue un bacillo con proprietà biologiche speciali alla cui azione patogena attribuiscono certe forme di delirio acuto; Buchholtz, poco dopo, non avendo riscontrato alcun microrganismo nel sangue, ne rinvenne nella sezione di vari organi; Rasori, nella stessa epoca, isolò dal cadavere un bacillo con proprietà biologiche speciali, ma diverse da quelle che avevano fissato Bianchi e Piccinino per il loro; Ceni, dal 1898 al 1900, trovò solo in qualche caso i comuni piogeni penetrati in circolo secondariamente; Cappelletti nel 1899 verificò la presenza di cocchi e di bacterium coli nel sangue e nei visceri, ma solo nel periodo preagonico e dopo la morte; Kazowsky nel 1899 riscontrò cocchi nel sangue, nel liquido cefalo-rachidiano e nella milza, ma si trattava di un caso eccezionale, dove eravi ulcerazione del colon e nell'ulcerazione si trovavano gli stessi cocchi, compreso lo stafilococco piogeno aureo; finalmente Sander nel 1901, esaminata la milza e i polmoni, vide che vi erano stafilococchi, diplococchi, e in un caso il bacillo dell'influenza, in un altro il diplococco di Weichselbaum. Al contrario, Carlo Martinotti (1894), Cabitto (1896), Ceni (1898), Armanni (1899) ebbero reperti negativi.

In generale si tratta dunque di microrganismi banali che dimorano normalmente nell'intestino od alla superficie del corpo e che possono eventualmente avere invaso l'organismo nel periodo dell'agonia. Tuttavia non può escludersi la possibilità che in qualche caso particolare o in qualche categoria d'amenze un'infezione sia la causa determinante della malattia o per lo meno una causa concomitante di gran valore.

Più chiaro e meglio stabilito è il rapporto che un vasto gruppo di casi d'amenza contrae indirettamente con malattie infettive in atto o (sopratutto) pregresse. In seguito a tifo, scarlattina, reumatismo articolare, erisipela, malaria, influenza, polmonite, morbillo, vaiuolo, febbre puerperale, e durante il periodo della convalescenza possono manifestarsi fenomeni amenziali quando la malattia non è più in atto e si può escludere sia la presenza dei microrganismi specifici, sia l'azione diretta dei loro prodotti tossici.

Altri casi sono manifestamente in rapporto con affezioni croniche dell'apparato digerente: catarri gastrici o intestinali, stitichezza ostinata, coprostasi.

mortale e riprodurre il quadro del delirio acuto a tal segno, che ogni distinzione sarebbe impossibile, se non si avesse il sussidio dei dati anamnestici.

CURA.

Nell'amenza la cura deve mirare soprattutto a ristorare e sostenere le forze. In prima linea sta il trattamento dietetico. Bisogna somministrare un cibo nutriente e di facile digeribilità, latte, uova, carne battuta; se lo stomaco la tollera, è consigliabile qualche volta l'iperalimentazione. Nel caso di rifiuto, non si deve tardare ad usare la sonda. Sarà utile far precedere la somministrazione da una lavatura gastrica. È molto opportuno l'uso dell'alcool.

Per mantenere le forze, è spesso necessario d'impedire che il malato le disperda con atti d'agitazione. A questo scopo è di regola il letto, la *Bettbehandlung*. I bagni caldi e protratti restituiscono la calma e recano il sonno. Questo mezzo è preferibile agli ipnotici, il cui uso è limitato dalla necessità di evitare un possibile collasso. In casi di estrema agitazione non si deve, per un preconcetto umanitario, rifuggire da qualche mezzo di coercizione meccanica, tanto più che i malati, essendo incoscienti o quasi, non possono soffrirne moralmente. Le stanze a pareti imbottite impediscono al malato di ferirsi avventandosi al muro, ma gli permettono di prodigare le proprie forze in movimenti di tutti i generi; inoltre, se il malato è sudicio, richiedono una pulizia dispendiosa e non sempre facile.

La nettezza di malati così incoscienti è naturalmente un compito delicato, che dev'essere disimpegnato col massimo zelo. La lavatura della bocca e dei denti deve ripetersi anche più volte al giorno, specialmente nei febbricitanti e nei sitofobi.

Tra i farmachi, giovano i tonici come la chinina a piccole dosi, la sparteina, la stricnina. In caso di collasso, si ricorre alla caffeina, alla canfora, all'etere, agli impacchi caldi, all'ipodermoclisi ed a semplici clisteri d'acqua salata.

Nella convalescenza l'ammalato deve guardarsi dagli strapazzi; e se è assistito al manicomio, bisogna evitarne la dimissione precoce che talvolta è causa di recidive.

Psicopatie uremiche

Tutti i casi di uremia grave, specialmente negli stadi terminali, sono accompagnati da gravi disordini psichici. Anche prescindendo dall'incoscienza dello stato convulsivo e comatoso, vi è in ogni uremico grave un certo grado di ottundimento psichico, di apatia, di sonnolenza, di smemoratezza, che certamente richiamerebbe l'attenzione per conto proprio, quando non fosse riconosciuto come un sintomo accessorio di una malattia più vasta.

Ma vi sono dei casi, ben più importanti per la psichiatria, nei quali l'uremia e la lesione renale sono indiagnosticate; esse si manifestano in modo incompleto, insolito ed ambiguo, cioè con un quadro di sintomi psichici e nervosi che sono i primi e i soli a destare l'allarme, e che spesso per la loro imponenza richiedono l'intervento di un alienista. Se in tali contingenze il malato passa al manicomio, come avviene abbastanza di frequente, non è improbabile che la vera causa del disordine psichico continui a restare sconosciuta, perchè l'organizzazione dei manicomi non è ancora così evoluta, almeno in Italia, da permettere la diligente e quotidiana osservazione di ogni infermo. I ricoverati dei manicomi sono affidati a pochi medici, che possono sorvegliarli e disciplinarli a squadre, ma non curarli individualmente, nè procedere a continuità d'esami uroscopici. Simili raffinatezze, che sarebbero doverose, non entrano nella visuale delle pubbliche amministrazioni; e finora non si praticano che eccezionalmente in qualche clinica e in qualche manicomio privilegiato.

L'uremia può dar luogo a varie sindromi psicopatiche, in rapporto con la natura della lesione renale che la determina. Nelle forme più gravi ed acute si hanno fenomeni acuti, che decorrono con la sindrome amenziale; nelle forme meno gravi e più lente, per lo più croniche, si hanno sindromi a decorso cronico e a carattere demenziale. Si possono produrre anche sindromi di lesione a focolaio con le indicazioni più svariate di sede, ma senza che all'autopsia sia dato scoprire alcuna lesione più accentuata nelle regioni sospettate durante la vita.

L'amenza uremica è sempre assai grave ed assume quasi esclusivamente la forma del delirio acuto. Si tratta in questi casi di gravi lesioni parenchimali, per lo più consecutive a progresse infezioni. Molti casi di cosidetta psicosi puerperale sono da ascrivere a questo gruppo. Queste malate e gli altri uremici presentano agitazione, disorientamento profondo, allucinazioni, insonnia completa, sitofobia e vanno facilmente in preda a collasso. La comparsa di accessi convulsivi, per lo più a tipo jacksoniano non è infrequente. L'esito in morte è frequentissimo.

La demenza uremica è l'esagerazione e la perpetuazione dei fenomeni che si osservano d'ordinario in molti casi d'uremia. Sintoma principale è la lentezza dei processi psichici, l'ottundimento generale, la difficoltà o l'impossibilità di fissare l'attenzione, l'amnesia generale. Si può giungere ad un vero stato stuporoso. A questo stato psichico si aggiungono spesso fenomeni nervosi di varia natura: cefalea, tremore, accessi di vertigine, disartria, paresi con esagerazione dei riflessi tendinei, accessi apoplettiformi ed epilettiformi, fenomeni tutti che possono far pensare alla diagnosi di paralisi progressiva.

Le sindromi a focolaio simulate dall'uremia sono svariatissime. Più comuni sono le forme di mono- od emiplegia che si stabiliscono senza ictus; esse sono per lo più transitorie, ma talvolta si mantengono costanti nella loro forma e nella loro estensione. Si possono avere dei casi di afasia motrice, con o senza emiplegia, di sordità verbale, di cecità psichica, di emianopsia. Quando questi sintomi a focolaio sono associati a fenomeni demenziali, ne scaturiscono sindromi analoghe a quelle dei tumori cerebrali.

In tutti questi casi la diagnosi differenziale dovrà prendere di mira non solo il modo con cui insorgono i sintomi indicati, ma anche la presenza di altri fenomeni che sono frequenti e caratteristici nell'uremia: così i gravi disturbi gastrici con inappetenza e vomito, l'indebolimento visivo, gli edemi. L'esame chimico e morfologico dell'urina e l'esame oftalmoscopico completeranno la ricerca. Non è però a credere che queste indagini bastino ad eliminare ogni dubbio. Vi sono malati in cui la retinite albuminurica può andar confusa con la neurite ottica da tumore cerebrale, e d'altra parte il reperto positivo di cilindri e albumina nelle urine non permette di escludere le associazioni morbose, e in special modo quella della paralisi progressiva con la nefrite cronica.

I fenomeni uremici recedono per lo più con l'adeguato trattamento, sopratutto con la dieta lattea. Ed anche questo dato può contribuire a rischiarare la diagnosi in casi singolarmente difficili.

All'esame *necroscopico* assumono importanza preponderante le lesioni renali. I centri *nervosi* lasciano scorgere difficilmente alterazioni macroscopiche, anche nel caso di sintomi a focolaio lungamente protratti durante la vita. Qualche volta si ha il quadro dell'edema cerebrale. In qualche caso si possono osservare emorragie puntiformi. *Microscopicamente* si ha il quadro di un'alterazione tossica, acuta o subacuta, più o meno accentuata: impoverimento e disgregazione più o meno profonda della sostanza cromatica in tutte le cellule nervose. Questa lesione è più spiccata nei casi in cui la morte fu preceduta da uno stato comatoso di lunga durata.

---

esagera e ne caratterizza quella forma d'*ipertiroidismo morboso* che costituisce la *malattia di Basedow*.

Le ricerche sperimentali hanno dimostrato all'evidenza che la tiroide, nel suo complesso, è un fattore indispensabile al mantenimento di questo vario equilibrio. Ma recentemente la fisiologia della tiroide, che sembrava compiuta, si è scissa in una serie di questioni particolari, a cui si innestano naturalmente nuovi problemi clinici.

Già fin quando gli studi sulla funzione tiroidea erano agli inizi, Schiff si propose nettamente la questione circa al modo di agire della tiroide. Due possibilità si presentavano: o la tiroide distrugge delle sostanze tossiche che si formano normalmente nell'organismo e che lo danneggerebbero se non venissero distrutte; oppure essa segrega delle sostanze che giovano alla nutrizione generale e alla funzione dei centri nervosi. Questo dilemma non ha ancora trovato una soluzione decisiva. Soltanto, grazie alle ricerche chimiche di Baumann, si è potuto isolare una sostanza chimica che ha certamente la massima importanza nella funzione tiroidea, la iodotirina, ma ci troviamo sempre di fronte allo stesso problema; e mentre Ewald considera la iodotirina come una vera antitossina destinata a neutralizzare delle tossine che si formano negli scambi nutritivi, Gley la riguarda come uno stimolante del ricambio. Alla *funzione antitossica* si contrappone sempre la *funzione trofica*.

Ma la soluzione del problema accenna già a trovarsi per una via insospettata. Forse ambedue le funzioni esistono; soltanto esse non appartengono ad un solo organo, ma a due organi specificamente distinti.

Nel 1880 Sandström scoperse in vicinanza della tiroide due piccoli organi epiteliali, che chiamò *glandulae parathyroideae*. Sorse subito il quesito circa alla funzione di questi organi e si iniziarono gli esperimenti circa agli effetti comparativi della loro estirpazione isolata, della estirpazione limitata alla tiroide e della estirpazione contemporanea della tiroide e delle paratiroidi. Gley trovò che, se le paratiroidi venivano risparmiate nell'estirpazione della tiroide, non si aveva il quadro mortale della tetania tireopriva: da ciò fu indotto ad ammettere che questi organi paratiroidei esercitassero una funzione vicaria, ossia che fossero un tessuto embrionale pronto a svilupparsi e a funzionare nel caso di una lesione tiroidea. Subito dopo Moussu si accorse che l'ablazione della sola tiroide, lasciando in sito le due paratiroidi, determinava negli animali giovani un quadro cronico di alterazioni analogo al cretinismo. Invece la soppressione delle paratiroidi assieme alla tiroide riesciva mortale. Egli pensò in conseguenza che tiroide e paratiroidi dovessero avere una funzione specificamente diversa. Anche Hofmeister notò che l'ablazione del corpo tiroide, lasciando in sito le paratiroidi, dava luogo ad una cachessia cronica; e l'asportazione

Il mixedema degli adulti.

Il *mixedema spontaneo degli adulti* fu per la prima volta descritto da Gull nel 1873 col titolo di « *stato cretinoide in donne adulte* »; più tardi, nel 1878, Ord, in seguito ad esame anatomico della pelle, diede a questa infermità il titolo di « *mixedema* », titolo che prevalse su quello di « *cachessia pachidermica* » datole da Charcot. Per qualche tempo si ritenne che il mixedema fosse una specialità dell'Inghilterra, dove furono verificati i primi casi, ma più tardi col diffondersi della sua conoscenza le osservazioni si moltiplicarono in ogni paese.

Il mixedema fu dapprima interpretato come una distrofia d'origine nervosa. Si ricorse all'influenza del simpatico sul tono dei vasi per ispiegare l'ischemia cutanea e la distrofia mixedematosa. Fu soltanto più tardi, per le osservazioni dei chirurghi sulle conseguenze dell'estirpazione della tiroide, che la vera natura del male fu messa in luce. Nel 1882 Reverdin osservò il quadro del mixedema in seguito all'estirpazione totale del gozzo e avvicinò questa affezione al mixedema spontaneo osservato e descritto dagli Inglesi. Indipendentemente da Reverdin, Kocher aveva osservato che l'estirpazione del gozzo cagionava uno stato di cachessia progressiva, con grave anemia, tumefazione dei tegumenti e torpore intellettuale, e chiamò quest'affezione col titolo di *cachessia strumipriva*, assimilandola al cretinismo. Da allora, richiamata l'attenzione sull'alterazione della tiroide, non si tardò a riconoscere che quest'organo era leso in tutti i casi di mixedema spontaneo.

Il mixedema spontaneo è oltremodo più frequente nella donna che nell'uomo: più di tre quarti delle osservazioni descritte si riferiscono a donne in età matura o che hanno già passato l'età critica; tuttavia non mancano osservazioni anche in uomini relativamente giovani. La causa dell'affezione resta molte volte ignota; e ad ogni modo, salvo il caso di lesioni evidentemente locali, non si hanno sulle cause che degli indizi. Alle volte si tratta di processi tubercolari o sifilitici che ledono localmente la tiroide. In un buon numero di casi il mixedema è preceduto da un quadro morboso che è con esso in diretto antagonismo, dal morbo di Basedow: il gozzo subisce un'atrofia e scompare, e al quadro basedowico si sostituisce il quadro del mixedema. Anche in questi casi è evidente che si ha una lesione locale primaria della tiroide. In altri casi il mixedema si manifesta per cause generali che agiscono su tutto l'organismo, processi generali infettivi, profuse e ripetute emorragie.

In ogni modo non vi è dubbio che la tiroide sia sempre interessata;

essa è atrofica in tutti i casi. Le scarse autopsie finora eseguite hanno dimostrato atrofia notevole dell'elemento ghiandolare con sclerosi interstiziale più o meno accentuata; la massa dell'organo può essere ridotta ad un terzo ed anche meno. Non vi è dubbio che la patogenesi della malattia si riduca dunque all'ipotiroidismo. Circa alla partecipazione delle paratiroidi nulla si sa di concreto; i dati sperimentali possono farci fondatamente supporre che in alcuni casi, in cui sono più specialmente accentuati i fenomeni nervosi o insorge anche il fenomeno della tetania, debbano partecipare all'alterazione anche le paratiroidi.

Il quadro del mixedema spontaneo è costituito da tre gruppi di sintomi: somatici, nervosi e mentali.

Tra i sintomi somatici sta in prima linea il mixedema, che consiste in una tumefazione dura, elastica, indolente del tessuto cutaneo e del sottocutaneo. Esso è più specialmente accentuato alla faccia: le guance, le palpebre, la fronte sono tumefatte; le rughe cutanee assumono profondità insolita. Il mixedema è anche specialmente accentuato alla nuca, alle braccia, sull'addome, sulle cosce, alle mani, che appaiono ingrandite, segnatamente allargate. Anche le mucose diventano tumide; così il lume delle cavità nasali si restringe, la lingua e le gengive si ingrossano, rendendo difficile la parola. La voce diventa aspra, probabilmente per analoghe modificazioni della mucosa laringea.

Importanti fenomeni distrofici si manifestano in tutte le appendici cutanee. I capelli diventano aridi e cadono in gran quantità, talvolta anche del tutto: così pure i peli del corpo; la cui perdita è assai visibile alla regione del pube ed alle ascelle. Le unghie si arrestano nell'accrescimento, si sfaldano facilmente, vanno incontro a facili rotture. Anche i denti si alterano, vacillano negli alveoli, cadono.

Notevolissime sono le modificazioni generali della crasi sanguigna e del ricambio. La pelle e le mucose sono pallide, anemiche, le mestruazioni diventano rare, scarse, scompaiono. KRAEPELIN osservò che i globuli rossi sono scarsi ed ingrossati. Il ricambio è lento, l'escrezione di urea è diminuita. La stessa temperatura del corpo è abbassata di 1° C e più. Vi è anoressia e frigidità sessuale.

Nel campo dell'innervazione è caratteristica la lentezza di tutti i processi. La stessa conduzione nervosa deve essere rallentata, come lo mostra il notevole allungamento del tempo di reazione semplice. Tutti i movimenti son tardi, vi è uno stato di torpore generale che va talora sino alla sonnolenza continua. Difettose sono le reazioni vasomotorie; il sudore manca quasi completamente. Spesso si verificano dolori alle estremità, al sacro, alla colonna vertebrale, sensazioni di formicolio, di pizzicore alla pelle degli arti, o improvvise sensazioni come di scosse elettriche.

L'eccitabilità meccanica dei muscoli è aumentata. In certi casi si nota tremore accentuato, tetania, convulsioni epilettiformi.

Dal lato mentale è caratteristico il rallentamento di tutti i processi psichici, la percezione è lenta e difficile; lenta e difficile è l'associazione. Gli ammalati non possono seguire un lungo filo logico o sostenere una conversazione o avvedersi prontamente di tutto ciò che accade intorno ad essi. Sicchè essi restano come appartati: *Theilnahmlosigkeit*. Se si aggiunge a ciò una grandissima facilità a stancarsi e l'inevitabile indebolimento funzionale della memoria dipendente dalla lentezza associativa e dalla faticabilità cerebrale, si comprende facilmente come gli ammalati debbano apparire dementi anche quando la loro intelligenza è altrettanto integra e corretta. Si tratta dunque in complesso di un disturbo dinamico, funzionale; ed è dubbio che anche a malattia assai inoltrata si possa arrivare ad un vero stato di demenza insuscettibile di guarigione. L'umore dei mixedematosi è generalmente apatico; tuttavia si possono avere, stabilmente o transitoriamente, stati di eccitamento o di depressione melanconica, con ansia, irrequietezza, insonnia, idee di persecuzione. Per questi casi complicati con perturbamenti affettivi e idee deliranti Pilcz propone il titolo di « pazzia mixedematosa », riservando ai casi comuni quello di « stato mentale mixedematoso ». Una tale distinzione non sarebbe giustificata che dal lato sintomatologico e diventa superflua dal momento che la terapia specifica ci dimostra come queste forme di pazzia dipendano dalla lesione tiroidea, nè più nè meno che lo stato di semplice rallentamento psichico e di apatia. Difatti anche in casi di antica data, persino in quelli che risalgono a 12 anni, i fenomeni mixedematosi e la pazzia dileguano di pari passo sotto l'influenza della cura tiroidea.

Il decorso del mixedema è generalmente cronico e progressivo; vi sono tuttavia dei casi nei quali si stabilisce una certa stazionarietà. Gli ammalati soccombono spesso per malattie intercorrenti, o per l'aggravarsi dello stato generale, che può condurre al marasma, ad accessi di collasso. Ciò, s'intende, quando la malattia sia abbandonata alla sua evoluzione spontanea. Oggi, con l'azione sicura e pronta della terapia tiroidea, la malattia va costantemente a guarigione.

Il *mixedema operatorio* o *cachessia strumipriva* differisce ben poco dal mixedema spontaneo; soltanto nelle sue forme più gravi i fenomeni di tetania possono insorgere precocemente ed essere talmente gravi da determinare la morte. Verosimilmente la gravità della cachessia strumipriva dipende dalla maniera con cui è stata eseguita l'estirpazione del gozzo. Se l'operazione toglie totalmente la tiroide e le paratiroidi, si hanno a breve scadenza fenomeni di tetania mortale. Se son rimaste in sito e

in funzione alcune paratiroidi, si può avere tetania transitoria seguita poi dai fenomeni del mixedema. Se poi fu lasciata anche una parte di tiroide, gli stessi fenomeni del mixedema possono essere transitori o non comparire affatto.

La cura del mixedema errò in tentativi vani diretti a rinvigorire l'organismo e a risollevare le condizioni generali sino a quando HORSLEY, sulla guida delle esperienze di SCHIFF, propose l'innesto peritoneale di una tiroide. BIRCHER eseguì più volte con successo questa operazione, che dà effetti brillanti ma non duraturi, sicchè ha bisogno di essere ripetuta. Il trapianto può essere fatto anche nel cellulare sottocutaneo. Più tardi MURRAY, prendendo le mosse dagli esperimenti di VASSALE sopra cani atiroidati a cui veniva iniettato il succo tiroideo nelle vene, introdusse il metodo curativo delle iniezioni sottocutanee con succo od estratto tiroideo; ma esso riescì assai meno pratico di quello della *ingestione* di tiroide fresca sperimentato con successo da HOWITZ e da MACKENZIE. La sostanza tiroidea deve essere somministrata cruda, perchè la cottura ne altera il principio attivo. Ciò ripugna al gusto di molti. La cura ha poi un altro inconveniente, ed è quello di non potersi praticare facilmente, mancando spesso il mezzo di procurarsi tutti i giorni la tiroide fresca. È perciò che, malgrado la minore efficacia, è oggi generalmente in uso la cura per mezzo di tabloidi, formate di sostanza tiroidea in preparati secchi. Sono eccellenti le tabloidi della casa *Burroughs Wellcome* di Londra e quelle della casa *Merck* di Darmstadt. Ma in confronto alla tiroide fresca i preparati secchi hanno l'inconveniente di poter contenere dei prodotti di putrefazione. Ora VASSALE ebbe l'ingegnosa idea di far comporre un salame tiroideo che è efficace come i preparati freschi, che si conserva a lungo come le tabloidi e che è gradevole a mangiarsi come un cibo. L'ideale della cura tiroidea sarebbe quello di somministrare i principî chimici puri della tiroide allo stato isolato. La iodotirina Baumann raggiungerebbe questo ideale, se l'esperienza avesse dimostrato che essa è l'unico principio attivo della tiroide e che produce effetti identici a quelli del tessuto fresco. Ma le esperienze in proposito sono ancora troppo scarse.

Nell'applicare la cura tiroidea bisogna procedere con la massima prudenza, potendosi facilmente produrre fenomeni di tiroidismo, cioè di intossicazione per eccesso di tiroide. L'irrequietezza, l'accelerazione del circolo e del respiro, il rapido dimagramento, l'anoressia, l'insonnia, indicano la necessità di sospendere la cura e di ricorrere ulteriormente a dosi minori. L'insistere nell'abuso può dar luogo anche a morte improvvisa per paralisi cardiaca. Del resto i buoni effetti della cura sono da attendersi più dalla sua durata che dalla sua intensità; e dosi moderate dei vari preparati possono dare senza alcun disturbo effetti terapeutici

sorprendenti. Quando sia raggiunta la scomparsa di tutti i fenomeni morbosi, la dose verrà ancora ridotta, ma la somministrazione dovrà essere continuata allo scopo di evitarne la ricomparsa, che avverrebbe immancabilmente, dal momento che la malattia dipende dalla distruzione irreparabile di un tessuto specifico.

Il cretinismo endemico.

Il cretinismo è una malattia caratterizzata da ritardo e arresto dello sviluppo somatico e psichico, da caratteristiche deformazioni dello scheletro, e da cachessia mixedematosa. L'alterazione della tiroide è determinata da un agente sconosciuto, ma certamente legato a determinate condizioni telluriche, ragione per cui si presenta con diffusione strettamente endemica.

SINTOMI.

Le stigme somatiche del cretinismo stanno certamente in prima linea del quadro morboso, e sono così caratteristiche da permettere la diagnosi a colpo d'occhio.

Il generale arresto di sviluppo si rivela anzitutto nel sistema osseo: tutti i cretini sono più o meno nani. La testa è relativamente grossa e rotondeggiante; vi è brachicefalia e spesso idrocefalia moderata. La chiusura delle fontanelle è spesso tardiva. Precoce invece è la sutura della sinfisi sfeno-occipitale, fatto che, come mostrò Virchow, concorre a determinare la brachicefalia e più direttamente determina la depressione della radice del naso, che è costante nei cretini.

Le ossa del corpo sono in genere corte e grosse, e vi può essere spiccata iperostosi generale. La colonna vertebrale è spesso deviata, presenta scoliosi, cifosi, cifo-scoliosi.

Per alterazioni dell'orecchio interno, forse dipendenti dall'anomalia dello sviluppo osseo, è frequente nei cretini la sordità.

I tegumenti ricordano il mixedema, ma per lo più incompletamente. La pelle è pallida o terrea, spessa, rugosa alla faccia, ma non così consistente come nel mixedema acquisito degli adulti o nel mixedema operatorio; qualche volta è anche flaccida e grinzosa. Nella faccia, piatta, tumida, rotondeggiante, sono profonde e numerose le rughe: la fronte, le palpebre, gli angoli degli occhi, le guance ne sono tutte solcate. Il naso è depresso alla radice, trilobo alla punta e camuso, le narici stanno di traverso e guardano in avanti. La bocca è grande, le labbra grosse, specialmente

sviluppo psichico e un'infantilità più o meno accentuata della mente. Tuttavia, salvo i casi di degradazione estrema, i cretini sono abbastanza assennati. La loro apatia non è che un'esagerazione dell'equilibrio affettivo, e la mancanza di passioni è un buon coefficiente alla regolarità della condotta e delle operazioni mentali. Così tra di essi, benchè deficienti, ve ne sono moltissimi che attendono con pazienza e profitto a lavori stradali, all'agricoltura, al mestiere del facchino. I reati di cui possono rendersi colpevoli, più che da un vero pervertimento affettivo e da tendenze impulsive, dipendono dall'estrinsecazione innocente degli istinti naturali senza i coercitivi dell'intelligenza e del senso morale.

Fig. [illegible] — Cretinismo endemico.

Il cretinismo può presentare gradazioni numerose. Praticamente si usa distinguere i cretini, i semicretini e i cretinosi, secondo la semplice e ingegnosa nomenclatura dei fratelli Wenzel. I veri cretini, i cretini dell'estrema categoria, sono generalmente idioti, non sanno parlare e presentano al più alto grado le note somatiche del cretinismo. I semi-cretini son semplici di spirito, hanno un linguaggio incompleto ed imperfetto e note spiccate di cretinismo. I cretinosi hanno intelligenza mediocre, son lenti e torpidi, hanno la voce aspra, il colorito pallido o terreo, la statura subnormale. Vi sono paesi ove quasi tutti gli abitanti normali di mente hanno un abito fisico più o meno cretinoso.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Il cretinismo è poco studiato da questo punto di vista. Mancano sopratutto minute analisi microscopiche dei centri nervosi. Il cervello è in generale abbastanza pesante, può presentare moderato idrocefalo interno. Le circonvoluzioni, per lo più normalmente ordinate, sono talvolta aber-

zanti nelle loro disposizioni. Si possono anche osservare alterazioni gravi, porencefalia, microgiria, ma è più verosimile che queste alterazioni siano dovute a complicanze che al processo essenziale del cretinismo.

La tiroide presenta sempre alterazioni spiccate; degenerazioni più o meno estese dei follicoli epiteliali con iperplasia del connettivo, specialmente nei casi con gozzo. In ogni modo l'esame anatomico documenta una deficienza funzionale della tiroide. In qualche caso vi è persistenza del timo (Virchow).

EZIOLOGIA.

Il cretinismo si riscontra in molte vallate alpine: nel Vallese, nell'alta Savoia, nella valle d'Aosta, nella Valtellina; nei Pirenei, nei Vosgi, nel Giura, nei Carpazi, in alcune vallate dell'Imalaia e delle Cordigliere. Per qualche tempo si pensò che potesse dipendere dall'altitudine. Ma è facile dimostrare la falsità di questa congettura: i paesi dove arriva il cretinismo si trovano alle più svariate altitudini; e mentre alcune valli dell'Imalaia sono poste a 2000 e 3000 metri, il cretinismo si annida sin nelle vicinanze di Strasburgo, a 140 metri di altitudine. Innumerevoli sono poi i paesi di una certa altitudine e che pure sono interamente immuni dal cretinismo.

Si è anche detto che il cretinismo è proprio delle valli scarsamente soleggiate ed umide, ma basta l'esempio della valle d'Aosta, largamente aperta verso mezzogiorno, per dimostrare la falsità di questa congettura. Ad ogni modo è legge assoluta che il cretinismo è legato alla località: individui del tutto immuni da cretinismo, emigrando in paesi di cretinismo, possono avervi figli cretini; e più tardi, emigrando altrove, tornare ad aver figli sani. Abitanti di luoghi infestati dal cretinismo, e persino gli stessi cretini, ove emigrino in altri luoghi, hanno prole sana e per lo meno assai più valida.

È quasi inutile il dire che la miseria, l'alcoolismo, le cattive condizioni igieniche ed altre male influenze talvolta denunziate come causa del cretinismo non possono avere alcuna importanza specifica; o se pure alcuna ne hanno, essa è puramente accessoria.

Molte ipotesi si son fatte circa alle acque dei luoghi di cretinismo; e volta a volta il difetto o l'eccesso di tutte le sostanze che possono essere contenute nell'acqua furono accusati come la causa del cretinismo. Si sospettarono le acque dell'alta montagna, direttamente provenienti dai ghiacciai e dai nevai, e perciò quasi interamente prive di sali; le acque prive di jodio, poco aerate, cariche di carbonato, di solfato di calcio, di

sali di magnesio, o contenenti in sospensione dell'argilla. Ma di fronte a ciascuna di queste congetture è facile trovare esempi di acque uguali per composizione che non danno luogo ad alcun disturbo morboso. Eppure è assai ben fondata la convinzione che l'agente produttore del cretinismo e del gozzo debba trovarsi nell'acqua potabile. Si citano esempi di località che furono interamente risanate dal cretinismo per un cambiamento di acqua potabile. L'osservazione popolare stessa addebita all'acqua l'origine del gozzo e del cretinismo. Già nel 1765 HOFFMANN parlava di certe sorgenti a Flach, nel Cantone di Zurigo, che la popolazione aveva denominato *Kropfbrunnen*. Assai dimostrativo in questo senso è un esperimento di LUSTIG. Egli potè produrre l'ingrossamento della tiroide in un cavallo che aveva fatto venire a Torino dalla Dalmazia ed in parecchi cani, a cui non lasciava bere che acqua trasportata da Aosta. Ora è nota la stretta affinità che corre tra gozzo e cretinismo, e come nei luoghi di cretinismo i cani e i cavalli presentino spesso il gozzo.

Essendo erronee tutte le congetture circa all'azione di sostanze minerali, resta per esclusione l'ipotesi di un principio organico od organizzato contenuto nell'acqua. La teoria miasmatica, intesa per molto tempo in senso piuttosto vago, acquista con questa ipotesi nuovo valore scientifico. Vari osservatori avevano notato la frequenza del cretinismo in luoghi paludosi od umidi: si riteneva che le esalazioni del suolo incolto, delle paludi, degli stagni, dei corsi d'acqua poco rapidi potessero dar luogo al cretinismo. Di questa teoria miasmatica fu caldo propugnatore MOREL.

Concretando quest'ipotesi in termini più precisi si osservò più tardi come le acque dei luoghi di cretinismo siano spesso ricche di sostanze organiche e spesso filtrino attraverso a strati di terreno ricchi di humus. E più volte si fece notare come il migliorato scolo delle acque in luoghi paludosi, il diboscamento, la cultura di luoghi umidi ed ombrosi abbiano portato la scomparsa del cretinismo. Oggi si pensa da molti che la causa del cretinismo possa risiedere in un microrganismo, e KRAEPELIN avvalora questa ipotesi con un parallelo tra la malaria e il cretinismo, parallelo che a dir vero, dopo i recenti studi sulla malaria e sul suo modo di trasmissione, perde molto della sua suggestività. In conclusione si è tuttora nel campo delle ipotesi: solo è certo che il cretinismo dipende da una causa esterna legata a certe speciali località. Degli elementi locali l'acqua è la più sospetta; e l'ipotesi di un agente organico od organizzato contenuto nell'acqua è la più verosimile.

PATOGENESI.

Qualunque sia la causa del cretinismo, è certo che essa deve anzitutto agire sul corpo tiroide e determinare in esso una lesione dalla quale derivano i fenomeni di atiroidismo o ipotiroidismo cronico che esercitano una dannosa influenza sullo sviluppo di tutto l'organismo e sulle sue funzioni.

Nei cretini un'alterazione della tiroide non manca mai. In circa un terzo dei casi si ha il gozzo; nei casi in cui il gozzo manca si ha un'atrofia della tiroide. Ma anche il gozzo non attesta che un'alterazione degenerativa, con iperplasia di tessuto non specifico e con degenerazione del tessuto proprio della tiroide.

È oggetto di discussione il rapporto che corre tra gozzo e cretinismo. È noto che il gozzo si presenta in certe località interamente scompagnato da cretinismo. Questa osservazione, unitamente all'altra che molti cretini non hanno il gozzo, ha fatto negare a molti il nesso patogenetico tra gozzo e cretinismo.

È da notare però che se il gozzo e il cretinismo non hanno la stessa distribuzione geografica, vi è pur tuttavia una coincidenza parziale: il gozzo spazia in un dominio più esteso. D'altra parte, la storia insegna che in certi luoghi dapprima esenti da gozzo e da cretinismo è dapprima comparso il gozzo, e solo dopo qualche generazione il cretinismo. Si può dunque pensare ad una identità di causa per le due affezioni. Se l'azione morbosa è blanda, pochi individui risentono i danni o in modo mitigato; la tiroide ammalata conserva la sua funzione e non dà luogo alla distrofia generale che caratterizza il cretinismo.

Si è ammesso da alcuni che a determinare il quadro completo del cretinismo non basti la semplice alterazione tiroidea in un singolo individuo, ma che occorra un'azione più protratta nella stirpe, attraverso parecchie generazioni. Si avrebbero così varie generazioni d'individui, nelle quali il processo del cretinismo andrebbe sempre più accentuandosi, fino a raggiungere l'estremo grado in un'ultima generazione destinata in massima parte a non riprodursi per la gravità della malattia. Cretinosi, semicretini e cretini rappresenterebbero così i diversi gradi della malattia nella serie delle generazioni.

Che la generale distrofia e il disordine del ricambio materiale debbano in qualche modo ripercuotersi sulla prole è cosa che appare evidente a priori. Ma è dimostrato dall'esperienza che anche nei figli d'individui immigrati e quindi in una sola generazione il cretinismo può svilupparsi completamente; e al contrario da individui cretini possono nascere individui sani, se allevati in ambiente diverso dal cretinogeno.

Uguali riserve noi dobbiamo tener presenti circa al quesito se il cretinismo sia affezione congenita, come da molti si ritiene. Certamente la prole di una madre cretina può sin dalla vita intra-uterina risentire l'influenza dell'atiroidismo materno; così pure durante l'allattamento. Ma i fenomeni positivi del cretinismo non si manifestano che quando sul bambino imperversi l'azione specifica dell'acqua e quindi ad allattamento finito. Senza quest'azione esterna che viene ad aggiungersi all'influenza materna e che si esercita a poco a poco, danneggiando la tiroide a scadenza d'anni, non si può essere vero cretinismo; e la prole lattante di cretini presenterà, più che altro, i segni di uno sviluppo arretrato o poco florente. E difatti è osservazione comune che i caratteri del cretinismo sono generalmente assenti nei neonati, e che essi si accentuano con l'età e specialmente cominciano a farsi sentire dopo il divezzamento.

Vi sono casi di cretinismo grave con idiozia, nei quali l'esame anatomico rivela gravi alterazioni cerebrali, come ad esempio *porencefalia*, *assenza del corpo calloso*, e che depongono in modo infallibile per una patogenesi endouterina. Ma questa non è che una piccolissima minoranza di casi; in generale l'arresto dello sviluppo cerebrale è armonico, colpisce leggermente, ma in modo uniforme tutti gli elementi e non altera vaste porzioni macroscopiche dei centri. È quindi più probabile che nei casi di cretinismo con cerebropatie e deficienze gravi si tratti di coincidenze e di associazioni morbose. Certo non si può pretendere che il cretinismo costituisca un'immunità contro le comuni cerebropatie dell'infanzia; si deve anzi ritenere che lo stato di cachessia dei genitori e le condizioni anormali in cui si svolge la vita del feto debbano piuttosto predisporlo alle ordinarie cause di cerebropatia fetale.

CURA E PROFILASSI.

I mezzi additati e sperimentati contro il cretinismo nell'intento generico di rinvigorire l'organismo, benchè numerosi, hanno dato risultati negativi, come è facile immaginare riflettendo alla patogenesi della malattia. Pare soltanto che gli ioduri alcalini somministrati abitualmente, sopratutto nel periodo dello sviluppo, diano qualche beneficio.

I meravigliosi effetti ottenuti con la cura tiroidea nel mixedema e nel cretinismo sporadico dovevano far pensare ad applicare l'egual cura al cretinismo endemico. Vari tentativi sono stati intrapresi, ma purtroppo isolati e in ristretta estensione. I risultati sono controversi: EWALD, SCHOLZ ed altri ritengono inefficace la cura tiroidea nei cretini. Altri autori, invece, hanno ottenuto risultati brillanti. Così WAGNER potè pro-

presentare in breve un evidente arresto di sviluppo e i segni caratteristici del cretinismo. La formazione di un gozzo in luogo dell'atrofia completa è rara, addirittura eccezionale.

I caratteri somatici degl'individui affetti da cretinismo sporadico sono identici a quelli che si osservano nella forma endemica. Siccome peraltro nel primo non si ha un'insufficienza lentamente progressiva della tiroide, ma un atireoidismo brusco, precoce e quasi sempre totale, così l'*arresto di sviluppo* somatico e psichico è assai *notevole*. Il nanismo e l'infantilismo degli idioti per mixedema sporadico arrivano a proporzioni incredibili e di cui non v'è esempio nel cretinismo endemico. Un giovane di 22 anni può avere l'aspetto e la statura di un bimbo di 5 anni (fig. 70); una donna di 15 può sembrare una lattante (figura 71).

Fig. 70. — Cretinismo sporadico. Idiota mixedematoso di 22 anni; statura cm. 95, peso kg. 22,400.

Le ossa, oltre all'arresto di sviluppo in lunghezza, presentano delle deformazioni assai simili a quelle della rachitide. Le fontanelle del cranio tardano a chiudersi; le ossa degli arti sono corte e ingrossate alle estremità epifisarie, spesso incurvate, specialmente le tibie; le costole presentano curve anormali, sicchè tutto il torace ne rimane deformato; la colonna vertebrale è ritorta per lordosi lombare e scoliosi.

L'esame radiografico ci mostra che queste alterazioni ossee si possono riassumere in un solo fatto: il ritardo di sviluppo e di ossificazione.

sono ancora discesi nello scroto a 18 anni o più, e sono in ogni caso atrofici, la verga è piccola; nelle femmine mancano le mestruazioni.

All'arresto anatomico corrisponde l'arresto funzionale. Questi ammalati sono spesso incapaci di tenersi in piedi e di camminare, perdono l'urina e le feci, non esprimono nulla, non piangono e non ridono, sono oltremodo torpidi, si muovono poco, hanno un ricambio lento e una temperatura di più che un grado sotto la norma, respirano lentamente, segregano scarsa urea, non sudano affatto.

Delle funzioni psichiche, nei casi più gravi, non vi sono che semplici rudimenti. La donna rappresentata nella fig. 71, benchè quindicenne, non parla, non intende nulla, non accusa i suoi bisogni più elementari. Nei casi meno accentuati la psiche è sempre infantile, la parola incompleta, l'umore apatico, il carattere dolce, serio.

Il cretinismo sporadico può presentarsi in forme attenuate. Probabilmente l'attenuazione è dovuta da una parte alla poca intensità della lesione, che in certi casi non giunge ad una distruzione completa del corpo tiroide, d'altra parte può dipendere dall'età relativamente avanzata in cui si è manifestata la lesione iniziale. Quanto più tardi s'inizia il processo, tanto minore è il grado d'arresto nello sviluppo somatico e psichico. Nei casi più lievi la statura può raggiungere persino m. 1,20.

Son noti alcuni rarissimi casi di femmine mestruate. Ma è soprattutto nel campo psichico che si osserva la maggiore diversità: vi sono ammalati che presentano i segni caratteristici del mixedema e dell'infantilismo, quantunque attenuati, e tuttavia godono il dono di un'intelligenza piuttosto sviluppata. BRISSAUD ha creduto di poter contrapporre questi ultimi casi, col titolo di *infantilismo mixedematoso*, a tutti gli altri più gravi e più frequenti che implicano una deficienza mentale.

PATOGENESI.

I rapporti tra il cretinismo sporadico e l'endemico sono stati oggetto di discussione: mentre da alcuni si ammette un'identità di processo patogenetico nelle due forme, pur rimanendo differente l'etiologia, altri sostengono un dualismo in ogni senso. Secondo EWALD, le note differenziali del cretinismo endemico di fronte allo sporadico consistono nella sinostosi precoce, nella mancanza del mixedema, nella stazionarietà del decorso, nella lunga durata della vita, nell'inattività della cura tiroidea. Ora, circa alla precocità delle sinostosi, alla mancanza del mixedema ed all'inattività della cura tiroidea nel cretinismo endemico, c'è qualche cosa a ridire. La lunga durata della vita, la stazionarietà della malattia

e anche la minore accentuazione del mixedema si spiegano benissimo col fatto che la lesione tiroidea nei cretini endemici è lenta e progressiva e probabilmente sempre incompleta. Al motivo opposto si deve attribuire la maggior gravità del nanismo, dell'infantilismo e in genere dell'arrestato sviluppo nel cretinismo sporadico; ma si tratta sempre di una differenza quantitativa e nulla più, che non permette d'impugnare la patogenesi tiroidea nè per l'una, nè per l'altra malattia.

Quanto all'infantilismo mixedematoso di Brissaud, tra esso e il cretinismo sporadico più grave vi è un buon numero di forme intermedie. Brissaud ammette una differenza fondamentale: secondo la sua ipotesi, il mixedema e l'infantilismo deriverebbero da lesione tiroidea; l'arresto psichico, l'idiozia dipenderebbe invece da una lesione paratiroidea. Ora, facendo anche astrazione dai casi già osservati di grave cretinismo sporadico nei quali le paratiroidi si trovano illese e presenti al tavolo anatomico, bisogna riconoscere che i gradi estremi di nanismo, d'infantilismo e di bradítrofismo non vanno mai esenti da disturbi psichici. Le correlazioni tra le funzioni psichiche motorie e viscerali sono abbastanza strette per non potersi sottrarre l'una indipendentemente dalle altre ad un gravissimo arresto dello sviluppo che compromette tutto l'organismo.

In un caso di atrofia somatica come quella rappresentata nella fig. 71 e con uno sviluppo funzionale da lattante, siano lese o illese le paratiroidi, non è ammissibile la formazione per quanto modesta dell'intelligenza. D'altra parte è da notare che i casi d'infantilismo con relativa integrità dell'intelligenza sono oltremodo rari; un po' d'infantilismo psichico vi è sempre: l'apatia, la pigrizia, l'eccessiva serietà del carattere vengono a testificare, se non direttamente l'atiroidismo, per lo meno il braditrofismo che ne è la conseguenza.

Anche l'esperimento parla in questo senso: Moussu ha ottenuto con l'asportazione della sola tiroide in giovani animali il quadro completo del cretinismo con arresto di sviluppo somatico e psichico.

Tanto nel cretinismo endemico come nello sporadico si ha dunque probabilmente a fare con una semplice lesione tiroidea, e la differenza tra le due malattie non dipende che dalla diversità dell'agente morboso e dal suo modo di azione, lento in un caso, rapido nell'altro.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le autopsie nel cretinismo sporadico sono ancora in piccolo numero, sopratutto per la poca frequenza della malattia. In alcuni casi Bourneville ha potuto con lo studio minuzioso dello scheletro documentare più

particolarmente il caratteristico arresto di sviluppo. Lo studio dei centri nervosi non fu eseguito che in pochissimi casi. Il cervello è piuttosto grosso e risente assai meno di altri organi l'arresto dello sviluppo. Il cretino di Batignolles, illustrato da BALL, aveva un cervello di gr. 1178. In un caso di BOURNEVILLE in cui la statura era di poco inferiore ad un metro, l'encefalo pesava 1245 gr. Anche MURATOW in un suo caso trovò un encefalo voluminoso. Nel cervello non si riscontrano fatti macroscopici d'importanza. Le cellule nervose della corteccia sono più piccole che normalmente e poco differenziate, le fibre nervose scarse, il tessuto nevroglico in leggero aumento. MURATOW osservò arresto di sviluppo nei sistemi d'associazione sottocorticali.

Quanto alla tiroide, in vari casi non ne è stata riscontrata alcuna traccia; delle paratiroidi per lo più non si fa alcuna menzione nè positiva nè negativa. Sono importantissimi da questo punto di vista due casi pubblicati l'uno da [illegible] e l'altro da MARESCH, nei quali mancava interamente la tiroide, ma erano presenti le paratiroidi.

CURA.

La cura tiroidea nel cretinismo sporadico dà quasi sempre risultati brillantissimi.

Appena cominciata la cura, sin dai primi giorni, si nota un aumento dell'attività cardiaca e respiratoria. Il polso e il respiro sono più frequenti. La temperatura s'innalza e raggiunge i limiti normali o supera addirittura la norma per poco che la dose di tiroide somministrata sia eccessiva. L'urina è più abbondante e la quantità di urea è notevolmente aumentata. Aumentano l'appetito e la sete.

Un effetto immediato e costante dell'alimentazione tiroidea è la diminuzione di peso che accompagna il dissiparsi delle tumefazioni mixedematose nella cute e nell'addome. In pochi mesi tutto l'aspetto del corpo è trasfigurato, la faccia cambia espressione, la pelle è dappertutto assottigliata e i muscoli cominciano a fare sporgenza sotto la pelle (fig. 74 e 75, 76 e 77). Ben presto i denti di latte cadono e spuntano fuori i permanenti. I capelli diventano più folti. Più tardi il peso corporeo va progressivamente rialzandosi, perchè la diminuzione data dalla scomparsa del mixedema è compensata dall'aumento di statura e dallo sviluppo delle masse muscolari (fig. 78). L'accrescimento della statura si manifesta immediatamente e può raggiungere due centimetri al mese.

Le modificazioni delle ossa sono attestate nel modo più chiaro dall'osservazione radiografica. In un anno di cura si può avere un progresso

notevolissimo dell'ossificazione. Le fig. 72 e 73 dimostrano la comparsa di tutti i punti di ossificazione complementari dei metacarpi e delle falangi, ingrossamento considerevole dei due punti di ossificazione preesistenti nel carpo, cioè dell'osso massimo e dell'uncinato, la comparsa di altri due punti di ossificazione, cioè quelli dello scafoide e del semilunare, la comparsa della epifisi del radio.

Fig. 74.

Fig. 75.

Cretinismo sporadico: G. S. di 20 anni. Nella fig. 74 il malato comincia la cura tiroidea; nella fig. 75 la cura è già in corso da 493 giorni. Le due figure sono esattamente proporzionali ad un quindicesimo del vero. (Da LUGARO).

Meno notevole è il miglioramento nel campo psichico e soprattutto nello sviluppo genitale.

Psichicamente si ha subito la dissipazione del torpore, al quale si sostituisce un'insolita vivacità. Se l'ammalato è capace di parlare, parla molto più di prima, la parola si perfeziona nell'articolazione, e il vocabolario diventa più ricco. Ammalati afasi imparano lentamente a parlare. Ma il miglioramento rimane sempre indietro da quello dello sviluppo corporeo; esso è più notevole dal lato dinamico, cioè come esercizio delle funzioni già sviluppate, che dal lato statico, cioè come acquisto di nuove capacità funzionali.

Nella sfera sessuale si hanno pure modificazioni notevoli: i testicoli discendono nello scroto, la verga s'ingrandisce, il pube si copre di peli, ma una vera e completa pubertà non è stata sinora ottenuta in alcun caso.

Vi sono notevoli differenze negli effetti della cura da caso a caso. Molto dipende dall'età in cui la cura s'intraprende. Se il cretino raggiunge un'età avanzata (caso non comune, anzi raro), la cura diventa inefficace, perchè l'ossificazione, benchè lenta, finisce col compiersi del

Fig. 76.

Fig. 77.

Cretinismo sporadico: D. C. di 10 anni. Nella fig. 76 il malato è all'inizio della cura tiroidea; nella fig. 77 la cura è in corso da 400 giorni. Anche queste figure sono esattamente proporzionali al [illegible] del vero (da Lugaro).

tutto. Lugaro sottopose una donna di 40 anni al trattamento tiroideo e non ebbe il minimo aumento di statura: la radiografia dimostrò che l'ossificazione era completa. Tuttavia sino a vent'anni si possono avere meravigliose trasformazioni nella statura, appunto perchè a questa età l'ossificazione trovasi in uno stato infantile ed è ancora modificabile (fig. 74 e 75; 76 e 77).

Quanto alla gravità della malattia essa ha maggiore importanza per ciò che riguarda le funzioni psichiche. Nei casi gravi lo sviluppo somatico è sempre suscettibile di cura, mentre lo è assai poco quello dell'intelligenza; invece nei casi più attenuati, in cui l'ammalato è già capace di parlare, l'incremento delle facoltà mentali è molto superiore.

esibizionismo, o con tentativi per lo più innocenti di libidine contro natura, talvolta in pubblico e senza che il malato mostri di sentirne rimorso o vergogna.

Queste azioni morbose hanno carattere regressivo e rientrano nella cerchia del processo demenziale. Le meno gravi, se non avvenissero in malati adulti, che avevano già dato prove non dubbie della propria serietà, passerebbero quasi come manifestazioni naturali; basterebbe poter invocare per esse l'attenuante della gioventù o di un carattere puerile. In altre parole, le imprudenze, le spavalderie e gli atti immorali dei paralitici portano l'impronta dell'insufficienza intellettuale non disgiunta da una certa bonarietà. Di tale insufficienza è una riprova anche la facilità con cui i paralitici si lasciano intimorire o si ricredono e poi ricadono nell'errore. Se poi i loro progetti non sono sempre assurdi per sè stessi, li rende puerilmente assurdi l'impreparazione personale dei soggetti: un commesso di bottega illetterato si accinge a scrivere una tragedia in versi, un ignorante oscuro e senza mezzi vuol mettersi alla testa d'una spedizione geografica o d'una nuova industria, e per raggiungere il suo intento si arresta ad un programma magniloquente, ma insulso, anzi appena abbozzato.

Malgrado il decadimento morale, che del resto non è costante, si conservano abbastanza a lungo gli affetti, soprattutto quelli di famiglia: ma anch'essi subiscono qualche eclisse momentanea o diventano in ogni modo più superficiali. La demenza si accentua fino alla più volgare evidenza quando i paralitici cominciano a dar segno di smemoratezza permanente, ossia quando un certo numero di ricordi è irremissibilmente perduto. Questa perdita si limita da principio ai ricordi recenti, ed è fondata sull'incapacità parziale o totale di ritenere le impressioni nuove. Così si produce uno stato di *disorientazione* profonda rispetto al passato più prossimo e indirettamente anche rispetto al presente. Il malato rammenta ancora alla meglio i ricordi umili e poco allegri del proprio passato lontano, ma non mostra di tenerne gran conto, e con una irriflessività che arriva all'incoerenza li rinnega volentieri a beneficio della confusione presente. Gl'istinti fondamentali, liberati da ogni specie d'inibizione, acquistano il sopravvento, e il paralitico è e si sente cambiato anche intellettualmente.

Al posto della critica, e soprattutto dell'auto-critica, non gli resta che la più grottesca *credulità*. Rinchiuso in un manicomio, sente debolmente i vincoli imposti alla sua libertà personale e s'illude di trovarsi in un albergo o in una casa propria o in uno stabilimento di nuovo genere; se chiede ogni tanto, per abitudine, di tornare presso la famiglia, qualunque risposta banale lo contenta; per lo più non conta i giorni e, come se

avesse perduto la nozione del tempo, accetta con piena fiducia l'eterna promessa: domani!

A poco a poco si cancellano dalla coscienza anche i ricordi remoti; i malati non sanno più nè la loro età, nè il numero dei loro figli, nè il nome del paese nativo. Così smarriscono completamente il sentimento della propria personalità e insieme anche quello della realtà esterna. Per essi non esiste più nulla d'inverosimile; ai ricordi mancanti subentrano i ricordi falsi e le convinzioni più assurde; hanno mille anni, cinque patrie diverse, venti figli tutti della stessa età; sono contadini e possidenti, uomini e donne, oppure Adamo, Eva e Carlo V in una sola persona. Travolti nel più profondo marasmo, non se ne accorgono affatto e magnificano ancora la propria salute. Infine, si riducono alla pura vita vegetativa; non conservano più che barlumi d'idee, frammenti di linguaggio, residui incoerenti di attività volontaria, non riescono a governare le funzioni del retto e della vescica; percuotono ciecamente non importa chi nè perchè; si riempiono le tasche di sassi; ripetono per mesi interi, anche se nessuno è presente, lo stesso grugnito stereotipato di benevolenza, che compendia tutto il loro movimento mentale.

Stati d'animo e deliri.

Il processo di demenza che abbiamo descritto costituisce qualche volta tutto il quadro psichico della malattia, al di là del quale non resta che la cornice dei sintomi motori e viscerali: e si ha la così detta *forma apatica* della paralisi progressiva. Ma vi sono altri fenomeni d'ordine psichico che, anche non appartenendo strettamente al processo demenziale, si svolgono parallelamente senza smentirlo, nè disturbarlo.

Non tutti i paralitici sono indifferenti; anzi una buona parte di essi è in preda ad un sentimento che è quasi costante nei primordi e che può accompagnare tutto il decorso della malattia, dando luogo a fasi e varietà caratteristiche più frequenti e più interessanti degli stati d'indifferenza e della forma apatica.

Un sentimento particolare di benessere, di *euforia* genera nel malato l'illusione d'uno straordinario accrescimento della forza muscolare, digestiva, genetica ed intellettuale: tutti i suoi visceri sembrano in festa come per una specie di ubbriacatura generale, e questa parvenza di tripudio perenne s'irradia realmente e largamente all'esterno negli occhi luccicanti di compiacenza, nella maschera sorridente del viso, nella baldanza del contegno, nell'ottimismo illimitato dei giudizi. Si direbbe che il paralitico si trovi sotto l'influenza d'un filtro miracoloso per cui, mentre l'ec-

stomaco; i coglioni saranno morti; sono anzi già morti e putrefatti, pesano trecento chili, il loro orifizio anale è otturato per sempre, la loro statura è microscopica.

Qualche volta le idee deliranti del paralitico arieggiano quelle del melancolico, ma le sorpassano immensamente quanto alle proporzioni ed all'assurdità. È un delirio di micromania a base di paralogie e con estrinsecazioni paradossali, che quindi ha molti punti di contatto colla megalomania, per quanto si presenti in certo modo come il suo contrapposto.

Nella paralisi progressiva può anche prodursi precocemente e transitoriamente uno stato di *confusione mentale* con o senza agitazione motoria, che non corrisponde ad un grado profondo di demenza ed anzi è indipendente dal processo demenziale; i malati, dopo aver presentato il quadro più spaventoso dell'incoerenza e del furore, possono ritornare rapidamente ad una relativa lucidezza. Nel corso di pochi minuti il paralitico in istato confusionale apostrofa con insulti ed abbraccia con effusione le persone che lo circondano, sale in piedi sul letto, picchia la porta, rompe seggiole e vetri, si lacera gli abiti, si graffia il viso e i genitali, vocifera parole sconnesse, si sputa nelle mani, perde le feci, s'imbratta, rovescia il catino e disperde le lenzuola. Di rado predomina la violenza — e si ha lo *stato maniaco*, più spesso predomina il disordine — e si ha lo *stato confusionale* senza vero furore.

D'altra parte non è impossibile, se la demenza è poco inoltrata che si formino deliri sistematizzati, non molto diversi da quelli che si riscontrano nel decorso di altre malattie mentali. Queste *forme paranoidi* di paralisi progressiva rappresentano una reazione psichica delle menti irragionevoli ai falsi allettamenti e ai falsi allarmi della cenestesi, e appunto per ciò non si delineano che negli inizi della malattia e nei periodi di remissione. L'apatia e i deliri iperbolici di grandezza o d'ipocondria denotano una disorganizzazione più profonda, e compaiono o persistono negli stadi avanzati.

Così accade che la depressione affettiva si manifesti con un *delirio persecutorio*: il malato si lamenta d'essere stato oggetto di canzonature e di ostilità, i suoi compagni d'ufficio gli mettevano nell'acqua la cantaridina, lo chiamavano l'erotomane, un giorno fu assalito e percosso da sconosciuti, un'altra volta fu atterrato e masturbato per forza sulla pubblica strada, una vicina di casa l'aveva ammaliato rendendolo impotente. Anche l'esaltamento può rivelarsi con deliri più stabili e più circoscritti della consueta megalomania multiforme e paradossale, p. es. con un *delirio erotico*. Riconoscere in questi deliri la linea demenziale, e quindi l'origine paralitica, non è sempre facile, e talvolta non vi si arriva che indirettamente, sulla traccia dei sintomi d'ordine somatico.

dei riflessi patellari, la cui soppressione rimane oscura se non si è chi li esplora con premeditazione.

Di tutti i sintomi accessorii l'accesso epilettiforme è il più imponente. Nulla lo contraddistingue, riguardo alle sue manifestazioni, dai comuni accessi epilettici, e può presentarsi in tutte le fasi della malattia con tutti i gradi d'intensità e di frequenza. Qualche volta (raramente) la convulsione apre la scena della paralisi progressiva, più spesso la chiude con esito letale, talvolta la tronca precocemente o sopraggiunge a confermare una diagnosi dubbia; nel più dei casi si ripete a lunghi intervalli, contrassegnando altrettante fasi della malattia. Oltre agli accessi generali, si notano *convulsioni monocloniche* o *jacksoniane* con localizzazione unilaterale e perdita non totale della coscienza. Sul termine della malattia le crisi convulsive possono ripetersi in numero straordinario ad intervalli di pochi minuti, e vi sono malati che soccombono dopo cento e fin duecento accessi accumulati in un paio di giorni. Simili accessi in serie, accompagnati come sono da insensibilità, incoscienza, elevazione della temperatura, respiro stertoroso, irregolarità del polso e collasso, conducono molto vicino all'agonia, sebbene qualche volta non siano letali e lascino al malato la possibilità di rimettersi alla meglio.

Dopo la convulsione rimane spesso la paralisi in forma di *emiplegia, emiparesi, monoparesi*, che però si dileguan rapidamente, anche in uno o due giorni. Gli accessi *apoplettiformi* si presentano anche senza la precedenza di convulsioni, e possono passare inosservati. Le paralisi sono seguite da *contrattura precoce*, che può comparire perfino dopo poche ore (Lugaro).

L'accesso apoplettiforme può colpire i centri della parola e prendere l'aspetto dell'*afasia motrice* a tipo corticale senza emiplegia, che non devesi essere confusa coll'anartria della lingua e delle labbra. Quest'ultima ha un'origine nucleare e progressiva e del resto conduce difficilmente all'impossibilità assoluta di parlare. Sono pure da notarsi gli episodii passeggeri di *sordità verbale*.

Un'altra forma di crisi paralitica è la *congestione della faccia e congiuntiva* con sopore o con offuscamento della coscienza. Spesso queste crisi congestizie, assai frequenti, preludono ad altre crisi più gravi o sono esse più gravi esse stesse da complicazioni paralitiche, come il rifiuto del cibo o il vomito.

Quando gli accessi sono o molto gravi o molto ripetuti, è difficile che, scomparsa la paralisi, non ne rimanga nessun'altra traccia. Spesso, dopo questi accessi, gl'infermi passano in uno stato durevole di *deficienza motoria* o scendono di parecchi gradini nella scala della demenza. Gli accessi più leggieri lasciano dietro a sè tracce meno gravi, ma altrettanto

Sintomi motori.

Nella paralisi progressiva sono rare le paralisi estese e profonde; piuttosto si osservano paresi e paralisi non totali, che sopravvengono quando la malattia è già avanzata e che determinano una forma speciale d'incoordinazione con difficoltà e lentezza nell'effettuare i movimenti delicati. Solo in pochi casi e assai tardivamente si rendono del tutto impossibili la deambulazione, l'alimentazione spontanea e la favella. Vi sono anzi paralitici che, salvo qualche paresi anche abbastanza estesa, spiegano una forza non comune nel cammino o in qualche esercizio muscolare di facile esecuzione, incoraggiati talvolta anche dalla mancanza del senso di fatica. Invece è assai comune che non riescano a caricare l'orologio, ad annodare la cravatta, ad abbottonarsi i pantaloni, a compiere in modo sinergico movimenti ordinariamente dissociati, a scrivere ed a pronunciare correttamente certe parole, a ballare, a tirare di scherma, a padroneggiare con perfezione tutte le gradazioni espressive d'un sorriso. Solo nell'ultimo periodo della malattia, si ha, spesso, uno stato di paresi generale con accentuata ipertonia.

Una sede prediletta di svariate e importanti alterazioni motorie è la *pupilla*. Tali alterazioni, se si presentano negli stadi iniziali della malattia, sono riparabili; e se non subiscono riparazione, dimostrano col dar luogo a disturbi successivi di significato opposto di poter essere transitorie e indipendenti da lesioni distruttive. Il più frequente fra i sintomi precoci è il così detto fenomeno di Argyll-Robertson, per cui le pupille reagiscono all'accomodazione, ma non alla luce. Moltissime volte le pupille rispondono all'eccitamento luminoso con reazioni più tarde e più deboli di quelle che si osservano nei normali, e possono anche presentare rigidità assoluta. Io ho potuto verificare che la rigidità pupillare può scomparire e ricomparire nel decorso della paralisi progressiva, come fu già osservato nella tabe dorsale (EICHHORST, TREUPEL). Il miglior modo di praticare l'esame consiste nell'innalzare ed abbassare una fiamma situata in posizione fissa e che si possa manovrare con un rubinetto, senza ricorrere a schermi che alterano l'accomodazione.

Talvolta le pupille sono simmetriche come nei normali; ma siccome differisce la prontezza della reazione, si produce un'*asimmetria momentanea* durante l'esame, perché ad ogni modificazione dell'ambiente luminoso una pupilla reagisce molto prima dell'altra. Assai più di sovente l'asimmetria della pupilla è permanente (*anisocoria*), e in tal caso vi è un grado più o meno assoluto di rigidità, per lo più nella pupilla allargata. Negli stadi iniziali è abbastanza frequente, come nella tabe, la

frequenza e per la loro frequente precocità un prezioso criterio di diagnosi. I mutamenti di contegno in questa forma di reattività sono spesso in rapporto stretto colle crisi epilettiformi (Lugaro). Non è vero che i riflessi patellari siano esagerati se la gamba è rigida ed aboliti se la gamba è rilassata o paretica: il tono muscolare ha bensì qualche rapporto colla modalità dei riflessi, ma le sorgenti dell'uno e degli altri non collimano completamente, e le alterazioni generali della tonicità muscolare sono nei paralitici meno costanti che le alterazioni del riflesso rotuleo.

È parimente contrario al vero che nella paralisi progressiva si debbano distinguere due tipi clinici differenti, cioè un *tipo spastico* e un *tipo tabetico*. In realtà, siccome in uno stesso malato i riflessi patellari possono presentarsi esagerati o mancare a seconda del momento in cui cade l'osservazione, è evidente che non esistono due forme di paralisi progressiva in antagonismo anatomico e nosologico fra di loro. Con ciò non si nega l'eventuale associazione del processo tabetico col paralitico, che prende il nome di *tabe-paralisi*.

La paralisi progressiva è sempre una malattia eminentemente cerebrale, e le alterazioni dei riflessi rotulei sono prevalentemente determinate da lesioni del cervello. Se a queste ultime se aggiungono abbastanza di spesso, ma in modo non necessario, anche lesioni spinali, simili complicazioni non sono così costanti da spiegare i disordini di vario genere che così costantemente si osservano nel contegno dei riflessi rotulei, e molto meno possono autorizzare ad ammettere due forme antagonistiche di paralisi progressiva, la spastica e la tabetica. Vi è bensì un discreto numero di casi in cui i riflessi rotulei si dimostrano prima esagerati e poi aboliti, non perchè il processo morboso si porti sopra un territorio diverso, ma perchè la sua azione, diventando più intensa, produce effetti diversi anche senza mutar di sede. Anche la successione sintomatica dalla miosi alla midriasi, che sembra suffragata dall'esperienza, ribadisce questo modo di vedere.

Un fenomeno che non manca quasi mai, e che spesso come sintomo precoce ha valore decisivo per la diagnosi, è l'*amimia*. Nei gradi estremi la faccia del paralitico è una maschera immobile ed inespressiva, in cui di vivo non brillano che gli occhi (fig. 81). Il fatto è così evidente, che talvolta permette all'alienista esercitato d'improvvisare la diagnosi *in pectore* prima che il malato o i suoi congiunti abbiano aperto bocca, e di distinguere a prima vista i paralitici in mezzo a centinaia d'alienati ignoti.

La causa è uno stato di paresi o piuttosto d'ipotonia che interessa il facciale inferiore. Infatti, mentre gli occhi sono egualmente aperti e vivaci, mentre la fronte si corruga e si spiana con energia talvolta per-

con simultanea apertura della bocca) o movimenti insolitamente dissociati (come la chiusura isolata d'un occhio). In generale l'amimia è bilaterale e simmetrica, e nei gradi lievi non è sempre facile assicurarsi della sua presenza, specialmente se non si conosceva prima il malato. Per mettere in sicuro rilievo un sintomo che ha tanta importanza diagnostica si provocherà ad arte l'ilarità o la commozione patetica del paralitico, che per lo più vi si presta con grande facilità.

La faccia è sede qualche volta anche di *contrazioni fibrillari* involontarie.

Fig. 81. — Paralisi progressiva. Amimia nel campo del facciale inferiore, espressione fissa degli occhi e della fronte.

Irregolarità motorie si verificano anche nel dominio di altri nervi, specialmente sotto forma di movimenti involontari e ripetuti, come il digrignamento dei denti, gli atti di masticazione a bocca vuota e a labbra chiuse, lo schioccamento della lingua contro il palato. I due primi appartengono alla sfera d'azione della 3.a branca del trigemino, l'ultimo a quella dell'ipoglosso. Questi sintomi, che negli stati di grave demenza o imbecillità s'incontrano comunemente all'infuori della paralisi progressiva, hanno un valore tutt'altro che volgare quando si presentano precisamente in paralitici giovani e lucidi, la cui malattia è ancora incerta. Persone che si comportano correttamente e sostengono con sufficiente disinvoltura una conversazione sogliono far scattare fra una risposta e l'altra questi movimenti intempestivi e più o meno numerosi, la cui ripetizione continua impressiona anche gli osservatori inesperti. Interrogati in proposito, dicono di non essersi avveduti di nulla o danno del fatto una spiegazione inconcludente.

A carico dell'ipoglosso si notano anche i *movimenti vermicolari* della lingua, che del resto si presentano in molte altre affezioni, p. es. nell'alcoolismo. Si notano anche fenomeni di deficienza motoria sotto forma di tremore per lo più dell'intera massa linguale, e tanto grave da costituire un serio ostacolo ai movimenti intenzionali, specialmente nell'articolazione della parola; ma quando si verifica questo sintomo, d'altra parte comune a parecchie malattie nervose, la paralisi progressiva è

senti, che sono più rare, non appariscono quasi mai nei periodi precoci e passano molto presto in contrattura. Le braccia sono colpite più spesso delle gambe.

La paresi della vescica si può presentare in tutti gli stadi della malattia, ma non è quasi mai molto continuata. Si conosce qualche caso di rottura spontanea della vescica dipendente da degenerazione della tunica muscolare (Hirschl).

Non è raro che ai paralitici nell'ultimo stadio riesca difficile la deglutizione. In questo caso i malati perdono la saliva, stentano più che mai a parlare e si arrabbiano di quest'ostacolo. Il disturbo della deglutizione può preludere ad una crisi pseudo-bulbare.

Disturbi della sensibilità.

I deliri euforici o ipocondriaci dei paralitici dimostrano a sufficienza che in essi è turbato anche il modo di sentire e di percepire, per quanto ciò non risulti che raramente nelle storie cliniche e negli interrogatori. Certamente la disattenzione, la confusione mentale e la deficienza di manifestazioni reattive, mentre avvantaggiano la verificazione delle alterazioni motorie, creano un grandissimo ostacolo all'esplorazione della sensibilità e delle sue eventuali alterazioni. Il quesito sull'importanza e sulla semplice realtà di queste ultime si risolverà meglio coi dati dell'anatomia patologica che non con quelli della clinica.

Da qualche tempo va cessando il silenzio sulle alterazioni sensitive e specialmente dolorifiche dei paralitici. Furono osservati nella parte posteriore della capsula interna focolai a cui avevano corrisposto dolori intensi e localizzati (Edinger, Biernacki, Reichenberg). Questi focolai, che dunque agivano sotto forma irritativa, dimostrano la possibilità di dolori e turbamenti cenestetici d'ordine transitorio, che hanno origine da irritazioni locali e transitorie del cervello; ed è evidente che a lungo andare, subentrando le lesioni totali e distruttive, alle parestesie ed al dolore debba sostituirsi l'anestesia.

D'altra parte la rarità dei disturbi sensitivi nei casi precoci, la loro incertezza nei casi avanzati e la mancanza di manifestazioni veramente caratteristiche in tutto il decorso della malattia, all'infuori di quelle un po' vaghe che si desumono dai deliri d'origine cenestetica, autorizzano a concludere che nella paralisi progressiva gli elementi motori ed associativi rimangano colpiti a preferenza dei sensitivi, ossia con notevole anticipazione e con maggiore costanza e gravità.

Il formicolio alle estremità, il senso di caldo, di peso, di mummifica-

zione parziale o totale del corpo ed altre forme di *parestesie* sono abbastanza frequenti in quei casi di paralisi progressiva che s'iniziano con una fase d'ipocondria o di nevrastenia. E non sono sconosciuti i *dolori folgoranti* della tabe, i *dolori reumatoidi*, le *nevralgie* che spingono questi malati a curarsi inutilmente negli stabilimenti idroterapici.

Si fa questione se nella paralisi progressiva siano possibili le allucinazioni; e quanto a quelle della vista, che sono indubbiamente le più rare, vi è chi giunge ad interpretarle come un segno certo di alcoolismo, ossia di pseudo-paralisi alcoolica, che esclude la paralisi genuina ed inguaribile. In realtà, la forma classica di paralisi progressiva non è incompatibile con nessuna specie di allucinazioni. Quelle dell'olfatto e del gusto raggiungono talvolta un'intensità quasi dolorosa.

Le allucinazioni uditive sono le meno rare e si presentano in modo tumultuario come nell'amenza. Nondimeno alcuni paralitici, per un errore di memoria o per eccessiva suggestibilità, accusano allucinazioni che probabilmente non hanno mai sofferto, e non bisogna accettare troppo correntemente i loro racconti. Fra le allucinazioni cenestetiche sono superiori ad ogni dubbio soltanto quelle che sono riferite con localizzazione e con caratteri precisi. Conobbi una paralitica che si sentiva impiccolita come un bambino e teneva inoperose le braccia giudicandole troppo corte e troppo distanti dagli oggetti che avrebbe voluto prendere; la sincerità della sua convinzione si rivelava dallo scoraggiamento che l'accompagnava e dalla placida ilarità che subentrava quando l'allucinazione scompariva.

Per breve tempo si diede qualche importanza all'*analgesia del nervo ulnare* che, secondo CRAMER, costituirebbe un sintomo patognomonico della paralisi progressiva. Nei sani si risveglia facilmente un acuto dolore premendo con un dito nella doccia olecranica; ma la vivacità del dolore dipende, più che dalla sensibilità del nervo, dalle condizioni anatomiche della regione. In ogni modo l'analgesia del nervo ulnare si osserva anche nell'epilessia (HILLENBERG) e in malattie mentali come l'amenza e la mania, dove cioè è integro il sistema di proiezione (GÖBEL); ed infine è come un segno di tabe che BIERNACKI mise originariamente in rilievo questo fenomeno che porta il suo nome.

Disturbi viscerali e trofici.

La paralisi progressiva, come la tabe, la siringomielia e tante altre malattie del sistema nervoso, dà luogo ad irregolarità notevoli anche nelle funzioni fondamentali della digestione, del ricambio e del trofismo (MANN). Disturbi di questo genere si presentano talvolta in forma

bisogna imparare a riconoscere la paralisi progressiva come nelle tre varietà classiche. Molti errori di diagnosi o per lo meno molti dubbi e ritardi sono dovuti a disconoscimento della varietà paranoide e della varietà confusionale.

La suddivisione della paralisi progressiva in forme distinte a seconda dei sintomi somatici e più specialmente motori non è possibile, perchè ciascuno di questi numerosissimi sintomi può mancare o presentarsi o scomparire ad un tratto in epoche differenti della malattia, sottraendosi a qualunque previsione. Non si può stabilire se la paralisi progressiva, in un dato individuo, decorrerà con crisi o senza, se con periodi di calma o con realtamento continuo. Parimente non ha gran base l'antagonismo fra una pretesa varietà spastica ed una pretesa varietà tabetica della paralisi progressiva (STEWART), la prima più agitata, più acuta e più giovanile, la seconda più apatica, più lenta e più senile.

Del resto, anche il punto di partenza su cui si fonda quest'antitesi clinica è fallace, perchè le analogie cliniche della paralisi progressiva da un lato con la tabe dorsale, dall'altro con la tabe spinale spastica non sono che molto parziali. Vi sono, è vero, dei casi in cui la paralisi progressiva è associata a tabe dorsale, ma si cadrebbe in un errore grossolano se si facesse diagnosi di tabe-paralisi ogniqualvolta manca il riflesso patellare. Quanto al tipo spastico che dovrebbe riprodurre le condizioni e i sintomi della tabe spinale spastica, è vero che questa sindrome si presenta nella paralisi progressiva con molta frequenza, ma essa è comune ad altre malattie come il latirismo, la pellagra, le diplegie infantili, le paraplegie spasmodiche famigliari. I due elementi fondamentali di questa sindrome, paresi e rigidità, non significano altro che la lesione del fascio piramidale; ma non dicono se la lesione è primaria o secondaria.

In seguito a sifilide ereditaria si hanno casi piuttosto rari (nel 1898 la letteratura internazionale ne registrava un centinaio in tutto) di paralisi progressiva a *forma giovanile*. La paralisi degli adolescenti si sviluppa tra i 12 e i 20 anni, colpisce egualmente i due sessi, e non ha altra particolarità sintomatica che quella di decorrere con grande rapidità e con disordini prevalentemente demenziali (JUNIUS-ARNDT, ALZHEIMER). Questi casi sono ben pochi in paragone al numero sterminato di paralitici adulti.

Il criterio del decorso permette di distinguere una *varietà circolare* della paralisi progressiva, benchè sia raro che l'alternativa di due stati affettivi fra loro opposti accompagni dal principio alla fine tutta la durata della malattia. Come è naturale, il delirio depressivo e il delirio di grandezza seguono le stesse sorti degli stati d'animo da cui sono inspirati, e, alternandosi anch'essi, completano questo simulacro di pazzia circolare.

Un avvocato di Firenze, che si ammalò a 35 anni e morì a 38, aveva presentato per 7 mesi di seguito questa curiosa alternativa. Per due o tre giorni era allegro, si credeva agile e snello, vantava per amante una cantante fra le più celebri per talento ed avvenenza, benchè non le fosse mai stato presentato; diceva anzi di dover cantar con lei all'Opéra di Parigi, e intanto improvvisava versi e ritratti a matita, progettava un giornale quotidiano ed una scuola da cui avrebbe insegnato clinica e diritto, si compiaceva dell'adorazione che gli era tributata da tutta la cittadinanza, e non usciva di casa per non essere soffocato da congratulazioni, applausi, omaggi, mazzi di fiori. Nei due giorni successivi il malato era torpido, mortificato, vergognoso delle sue millanterie, si credeva mostruosamente grasso e puzzolente, gli uccelli e le foglie degli alberi gli bisbigliavano *va al manicomio!*, la moglie e la figlia l'avevano canzonato e volevano sbarazzarsi di lui.

Infine, col criterio del decorso e dell'anatomia patologica si ammetteva una *forma ascendente* di paralisi progressiva molto rara, che comincia con fenomeni tabetici o spinali per terminare con gli ordinari sintomi cerebrali. Parecchi clinici ammettono la coesistenza della paralisi e della tabe sotto il nome di tabe-paralisi con atassia, dolori folgoranti e gravi distrofie, che precedono, seguono od accompagnano la demenza. Questa eventualità non è rara, specialmente se si tien conto dei casi incompleti, nei quali il corteo della sindrome tabetica è poco ricco o rimane mascherato dai fenomeni più appariscenti della paralisi. Anche anatomicamente le lesioni *cerebrali* della tabe, se ve ne sono, non brillano per costanza, nè per qualità caratteristiche; e le lesioni spinali della paralisi si localizzano in maniera multipla ed irregolare, non già esclusivamente nella zona di Lissauer, nè con lo schematismo che caratterizza quelle della tabe. La tabe e la paralisi, benchè possano associarsi, sono dunque due malattie distinte, anche se sono dovute alla stessa causa.

Decorso.

Il periodo prodromico della paralisi progressiva passa quasi sempre inavvertito; solo qualche volta cade sotto un'indagine puramente retrospettiva che non può tenere esatto conto delle date. Ma, se si riesce a riconoscere i primi e lontani inizi di malattia in qualche atto antico di distrazione, di transigenza con le leggi della morale e dell'onore, in qualche segno d'impotenza precoce o di spensieratezza, in un matrimonio stravagante ed improvvisato, in un'apostasia mal ponderata, si resta facilmente convinti che il periodo prodromico della paralisi progressiva può anche abbracciare parecchi anni e prolungare il decorso totale fino ad una durata di poco inferiore a quella, lunghissima, della tabe. I paralitici progressivi che sopravvivono dieci, quindici e fin vent'anni si fanno ogni giorno meno rari.

Spingendo quanto è possibile l'indagine dei sintomi remoti, si vede che la neurastenia apre la scena assai più spesso di quel che apparisce nei vecchi trattati, dove gli stati d'esaltamento o il delirio di grandezza, messi in luce esagerata, lasciano nell'ombra gli altri sintomi. Durante questo periodo ambiguo si verificano i primi cambiamenti del carattere e le prime lacune, lievi ed isolate, dell'intelligenza. Fra i sintomi fisici, i più precoci sono quelli che, non cagionando alcun disturbo subiettivo e non presentandosi spontaneamente, possono venir rilevati soltanto dal medico che, chiamato casualmente, pensi di provocarli. Tali sono la rigidità pupillare, la miosi, il fenomeno di Argyll-Robertson, l'esagerazione dei riflessi rotulei. Il passaggio ad una sindrome decisa avviene per lo più gradualmente, e talvolta anche in seguito ad una crisi, benchè le crisi costituiscano in generale un sintomo tardivo.

Con la disartria, l'amimia, l'anisocoria, l'euforia e l'incipiente delirio demenziale i malati passano dal periodo latente al periodo conclamato ed eminentemente manicomiale della paralisi progressiva. In questo periodo sopravvengono qualche volta episodi gravi di confusione mentale; i delirî possono subire profonde metamorfosi; scoppiano le crisi vertiginose e motorie. Ma non è affatto infrequente la mancanza di qualsiasi incidente grave, ed almeno il 30 per cento dei paralitici sfugge, in tutto il decorso della malattia, alle convulsioni, al furore e ad ogni altra crisi violenta.

Anche a paralisi inoltrata sono possibili remissioni che prendono il nome di soste o pause e che danno alle famiglie l'illusione, divisa naturalmente dal malato, di una vera e propria convalescenza e quindi la convinzione d'un errore diagnostico. Queste tregue possono durare parecchi mesi ed anche un anno e più, ma i malati che ne godono il beneficio così a lungo sono assai pochi. Essi riacquistano la loro lucidezza e tutti i sintomi più appariscenti rientrano nel silenzio. Tuttavia qualche residuo permane; una certa superficialità nei giudizi, l'inadeguato apprezzamento del male sofferto, qualche momento di malessere psichico senza causa, la scarsa od esagerata affettività dimostrano che la mente è indebolita. Un grado appena avvertibile d'ipotonia nei muscoli mimici, di disartria in quelli della loquela, di vivacità nei riflessi patellari, d'indebolimento nella reazione pupillare confermano che il processo morboso non è spento. Oltre a queste remissioni massime, sono abbastanza comuni le remissioni minori, durante le quali i malati diventano, se non lucidi, tollerabili e suscettibili di cura a domicilio. La scomparsa del delirio, della confusione o dell'esaltamento è più che bastevole a questo effetto modesto che riempie di gioia la famiglia ed il malato.

Il termine della tregua è spesso brusco. I malati inalberano all'improvviso la bandiera delirante che avevano rinnegata e dimenticata, o

svegliano, dopo un accesso convulsivo od apoplettiforme, in stato demenziale. Qualche volta gli stati di lucidezza si alternano con quelli di disordine psichico, e alcuni fra i sintomi somatici, per esempio quelli che si riferiscono alle pupille, possono accompagnare con parallelismo più o meno imperfetto le oscillazioni dello stato generale e mentale. Non è escluso che in certi paralitici il ritorno al delirio, dopo una remissione, possa avvenire anche per gradi.

Si arriva all'ultimo stadio o in seguito a crisi ripetute o a poco a poco, ma quasi sempre dopo alcuni anni dalle prime manifestazioni della malattia. L'intelligenza è ormai disgregata, e gli infermi o sono apatici e remissivi come bambini o si comportano in modo del tutto incoerente. Lo stesso delirio è ridotto a pochi frammenti dissociati e ripetuti per abitudine o va travolto nell'oblio generale. Le alterazioni motorie sono numerose e molto appariscenti: disartria fino all'anartria, disgrafia fino all'agrafia, atassia, asinergia, mancanza od esagerazione dei riflessi rotulei.

Ecco alcuni dati raccolti da SCHNELLER:

Sopra *314* casi:

Pupille uguali e di ampiezza normale in	62 casi
» con miosi bilaterale in	53 »
» con midriasi bilaterale in	18 »
» ineguali in	181 »

Reazione delle pupille in 265 casi:

Normale in	53 casi
Torpida in	90 »
Soppressa da una parte in	8 »
Soppressa da ambe le parti in	112 »
Paradossa in	2 »

Sopra *204* casi:

Riflessi patellari normali in	41 casi
» » esagerati in	32 »
» » indeboliti in	56 »
» » aboliti (bilateralmente) in	106 »
» » aboliti (da una parte) in	17 »

I paralitici allo stadio terminale sono spesso affetti da bulimia; talvolta pingui, talvolta magrissimi; immobilizzati a letto da incomodi ed acciacchi diversi; presentano paresi generale, contratture e piaghe da decubito. Spesso, malgrado la progressiva decadenza, sono ilari o indifferenti e non hanno mai la chiara coscienza del proprio stato.

La morte avviene ben di rado precocemente: per accesso bulbare, per semplice accesso apoplettiforme, per malattie intercorrenti o per suicidio. Tutte queste cause improvvise di morte, eccettuato il suicidio, interven-

gono con frequenza assai maggiore nel 2.° e principalmente nel 3.° stadio. Molti paralitici, arrivati al periodo terminale d'incoscienza completa con impotenza motoria, rimangono in condizioni invariabili per molti mesi, e muoiono poi per setticoemia, per soffocazione o lentamente per esaurimento.

Per quanto sia ammesso come un dogma che la paralisi progressiva sia una malattia essenzialmente inguaribile e mortale, non è lecito escludere in modo assoluto che una diagnosi sollecita seguita da una cura energica possano arrestare il processo morboso. Non bisogna dimenticare che qualche volta si formula la diagnosi di nevrastenia anzichè di paralisi, o si corregge la diagnosi di paralisi con quella di nevrastenia, solamente perchè la malattia ha sortito un esito favorevole, ciò che costituisce una vera petizione di principio (Régis). Del resto, le lesioni assolutamente iniziali della paralisi progressiva (cromatolisi delle cellule nervose, tumefazione del corpo cellulare) non hanno carattere distruttivo, nè irreparabile. Si ritiene che le profuse suppurazioni spontanee possano influire beneficamente (Schaefer); ciò che indusse a provocarle artificialmente, benchè non senza qualche rischio, con iniezioni sottocutanee d'olio di trementina (Marro).

Etiologia.

Un fattore accertato della paralisi progressiva è la sifilide. Per qualche clinico autorevole (Fournier, Möbius) non può diventare paralitico che chi è stato sifilitico. Resterebbe ancora a vedersi se a produrre la paralisi progressiva basti la sifilide; se cioè la sifilide sia etiologicamente l'elemento necessario e sufficiente insieme.

Esplicitamente questa tesi non fu mai sostenuta da nessuno; ma coloro che ravvisano nella sifilide una causa assolutamente necessaria della paralisi progressiva, non si curarono molto di mettere in rilievo gli altri coefficienti più o meno necessari della malattia. Non si possono incolpare i sostenitori dell'origine specifica d'aver negato l'esistenza degli altri coefficienti; ma sono piuttosto i loro avversari che cercarono di scoprirli. Ora, che occorrano altre cause concomitanti lo prova una ragione assai ovvia, cioè che non tutti i sifilitici diventano paralitici. Le emozioni, i traumi, gli eccessi sessuali ed alcoolici, la pellagra ed altre intossicazioni ed infezioni, persino la febbre gialla (Belmondo), possono contribuire e, secondo alcuni, anche determinare da sole la paralisi progressiva. Se quest'ultima tesi è ancora piuttosto dubbia, non vi è da esitare nell'ammettere la prima.

Altri autori, più giustamente, credono necessario il concorso d'una diatesi individuale ed anzi arrivano addirittura al concetto del *paralitico-nato*. Ora, se per diatesi paralitica si vuole intendere una predisposizione latente ed intima dell'organismo che non implica alcuna irregolarità visibile delle funzioni mentali, nè dello sviluppo somatico, questo concetto è accettabile e sommamente razionale. Infatti, anche ammettendo che tutti i paralitici siano ex-sifilitici, è certo che non tutti i sifilitici diventano paralitici, ed anzi anche le stesse gomme e gli altri fenomeni terziari possono andare scompagnati da qualunque segno di paralisi. Se invece si pretende che il paralitico-nato sia un volgare degenerato con le stigme antropologiche e psicologiche dell'inferiorità (Näcke, Cristiani), si viene ad urtare grossolanamente contro la verità. È un fatto della più ovvia esperienza che spesso ammalano di paralisi progressiva persone intelligenti, equilibrate, robuste ed appartenenti a famiglie non nevropatiche: fra i ricoverati dei manicomi i paralitici sono anzi tra quelli che, pel loro passato e per la loro costituzione, si allontanano più di tutti gli altri dal tipo del degenerato.

A meno dunque di ritenere che tutti i pazzi siano degenerati, ipotesi non dimostrata, inutile e perciò inopportuna, si deve interpretare la diatesi paralitica come qualche cosa di affatto diverso dalla degenerazione somato-psichica. Come la diatesi tubercolare o meglio ancora come la diatesi gottosa, essa non è che una speciale vulnerabilità di fronte ad un determinato agente e ad un determinato momento morboso. Secondo Hirschl, una simile diatesi è il risultato d'un fatto negativo, cioè del non aver avuto alcun caso d'infezione sifilitica nella propria ascendenza: chi si trova in condizioni di questo genere è più esposto alle forme di sifilide grave, mentre gode d'una certa immunità sia per la sifilide terziaria, sia per la metasifilide tabetica o paralitica chi abbia potuto ereditare dai progenitori i mezzi di resistenza alle intossicazioni connessevi. Da questo punto di vista non è puramente teorica, ma pratica l'opinione che attribuisce la paralisi progressiva alla combinazione di due fattori egualmente necessari: la diatesi paralitica e la sifilide.

Infatti non si può a meno di riconoscere: 1.° il grandissimo numero di paralitici, in cui dall'anamnesi o da qualche reliquato risulta indubitatamente che vi fu sifilide (su 200 casi della Clinica diretta da Obersteiner vi era stata sicuramente sifilide in 112, con probabilità in 50, era incerta, ma non assolutamente esclusa, in 38); 2.° la distribuzione geografica della paralisi progressiva che sembra coincidere esattamente con quella della sifilide; 3.° la frequenza con cui viene colpito il sesso maschile (più esposto alla sifilide) in confronto del femminile; 4.° il fatto che tra le donne ammalano di paralisi principalmente le prostitute; 5.° l'esistenza d'una forma

giovanile di paralisi progressiva dovuta a sifilide ereditaria. Da ciò si può concludere che in molte anamnesi di paralitici la sifilide mancata non sia altro che sifilide ignorata (Mott).

Che la sifilide passi inosservata in un gran numero di casi è provato da una comunicazione temeraria, ma dimostrativa che un medico anonimo fece nel 1897 al Congresso internazionale di Mosca per mezzo di Krafft-Ebing. Avendo inoculato la sifilide in 9 paralitici che si pretendeva non fossero mai stati sifilitici, questo sperimentatore ni *eseguire* rilt' *s'accorse*, dopo 180 giorni, che mancava qualunque fenomeno primario o secondario; segno evidente che l'affermazione dell'anamnesi era falsa.

Per risolvere la questione, bisognerebbe poter seguire per una serie lunghissima d'anni le sorti d'un buon numero di sifilitici sopravvissuti, e stabilire quanti e quali fra di essi riescano ad evitare la paralisi progressiva. Una simile ricerca è assai più difficile di quello che può sembrare a primo tratto, perchè la paralisi progressiva si sviluppa visibilmente 15, 20 e fin 25 anni dopo l'infezione sifilitica. Ora, non è possibile tener d'occhio molta gente per tanto tempo. Una parte dei sifilitici muore (per sifilide o per altre malattie) prima che sia scaduto il termine di venticinque anni; se poi la sifilide fu contratta ad un'età avanzata, la paralisi progressiva, giungendo parecchi anni dopo, può assumere l'aspetto d'una involuzione senile più o meno anticipata.

Patogenesi.

Ammesso che la grandissima maggioranza dei casi di paralisi progressiva sia dovuta a sifilide, resta da analizzare il meccanismo con cui opera l'agente morboso. Il lungo intervallo che corre fra l'infezione sifilitica e i primissimi sintomi della paralisi progressiva, abbracciando un minimo di alcuni anni, durante i quali il futuro paralitico apparisce perfettamente sano, esclude completamente la possibilità di un'azione diretta delle tossine sifilitiche. Del resto, la lesione caratteristica della sifilide terziaria è la gomma; invece nei paralitici le gomme e gli altri fenomeni di sifilide terziaria sono poco frequenti. Perciò il processo morboso della paralisi progressiva è affatto distinto per la forma (ed anche per sintomi) da quello della sifilide cerebrale, e non può essere considerato che come una conseguenza lontana della sifilide, ossia come qualche cosa che esce dal quadro dei tre periodi classici. Fournier designò la paralisi progressiva e la tabe come *metasifilide* o come una specie di *sifilide quaternaria*, che per manifestarsi richiede, oltre una certa longevità, il concorso di condizioni sfavorevoli, come l'esaurimento nervoso e, potremo aggiungere,

una speciale diatesi paralitica. Che questa diatesi sia un fattore necessario lo dimostrano non soltanto i sifilitici che guariscono e rimangono sani per trenta o quarant'anni, ma anche quelli che ammalano soltanto di tabe dorsale, conservando la mente integra. Il numero dei tabetici senza complicazioni cerebrali o con complicazioni effimere di semplice nevrastenia o con sintomatologia incompleta è assai grande; e recentemente Erb, allargando il concetto clinico della tabe, lo ha aumentato in modo considerevole.

Da un altro punto di vista, cioè indipendentemente dall'etiologia, tutto conferma che la paralisi progressiva sia una malattia d'origine tossica; il decorso, l'indole di certi sintomi e, come vedremo, l'anatomia patologica. Le esacerbazioni, le crisi, le elevazioni termiche, le remissioni e le tregue dipendono con tutta probabilità da accumuli e disaccumuli d'un veleno. L'oscillare dello stato d'animo fra i due poli opposti dell'euforia e della depressione si spiega facilmente con la diversità della reazione individuale o con la variabile intensità di un'azione tossica; l'alcoolismo cronico, l'ubbriachezza, il morfinismo non presentano forse la stessa varietà d'effetti? Gli accessi epilettiformi ed apoplettiformi pel loro carattere effimero, non disgiunto da una grande violenza, si devono interpretare come le convulsioni e le paresi dell'uremia, del diabete, dell'eclampsia (Kraepelin), vale a dire come manifestazioni o d'irritabilità o d'esaurimento di fronte ad un'azione morbosa che si localizza momentaneamente in certi distretti cerebrali, ma che passa facilmente ad altri centri o distretti, minacciandoli tutti. Infatti nelle autopsie dei paralitici mancano o sono eccezionali le vere lesioni a focolaio.

Che la paralisi progressiva non sia una malattia locale del cervello lo dimostrano anche le intense oscillazioni del peso corporeo, indipendenti dall'alimentazione e dal genere di vita. Non solo il sistema nervoso, ma l'intero organismo mostra di risentire l'effetto di un'azione morbosa generale e quindi tossica: il cuore è spesso in preda a degenerazione grassa, sono frequentissime la degenerazione grassa del fegato, la nefrite e l'arteriosclerosi anche all'infuori del circolo cerebrale.

Se la paralisi progressiva proviene da un avvelenamento e se tale avvelenamento non si può addebitare direttamente alle tossine sifilitiche, è evidente che non può trattarsi d'altro che di un'auto-intossicazione successiva. Molte infezioni (tifo, scarlattina, influenza), portando in circolo certe tossine, creano un permanente indebolimento del ricambio, una modificazione costituzionale dell'organismo, per cui quest'ultimo diventa sorgente, perenne od effimera, di auto-tossine. È probabile che le tossine primarie della sifilide inducano uno stato di cose simile, la cui conseguenza è una lenta produzione d'auto-tossine capaci di turbare la funzione e l'un-

tegrità anatomica degli elementi nervosi. Questo modo di vedere è confermato dalla diversissima efficacia dei rimedi antisifilitici nella sifilide e nella paralisi progressiva. È noto che anche i sieri anti-difterico ed antitetanico, mentre agiscono potentemente di fronte alle tossine della difterite e del tetano, riescono inefficaci se si interviene tardi, cioè quando cominciano ad accumularsi le auto-tossine. Analogamente l'ioduro di potassio o il mercurio, la cui utilità è indiscutibile contro la sifilide, non recano alcun visibile giovamento nel decorso della paralisi progressiva.

Questa teoria ha il difetto d'essere alquanto indeterminata; ma un filo direttivo si ritrova nelle recenti ricerche di L. Bruce ed in quelle di Idelsohn. Bruce dimostrò che nel 1.° periodo della paralisi progressiva non sono infrequenti le elevazioni febbrili (una o due volte al mese). A queste elevazioni termiche corrisponde iperleucocitosi e seguono remissioni della malattia. Probabilmente l'iperleucocitosi è una reazione dell'organismo alle tossine elaborate dai batteri del tubo gastro-intestinale, specialmente dal bacterium coli che esiste in quantità straordinaria nel muco intestinale dei paralitici. I leucociti sarebbero capaci d'elaborare antitossine che per qualche tempo proteggono il malato da nuove autointossicazioni. E infatti il siero di sangue dei paralitici nei periodi di remissione ha un potere agglutinante sul bacterium coli, mentre questo potere manca al siero di sangue preso dai paralitici nei periodi d'incremento. Il siero di sangue preso da paralitici in periodi di sosta e iniettato a malati in periodo d'incremento produceva un miglioramento notevole. Nello stesso anno 1902 W. Robertson confermava in 12 casi di paralisi progressiva la teoria della tossiemia cronica. Esaminando lo stomaco e gli intestini, specialmente il tenue, si vede che sono popolati di batteri le cui tossine circolano nel sangue dei paralitici. L'azione di queste tossine è favorita dal fatto che la resistenza organica dei paralitici è diminuita e tale diminuzione dipende dalla sifilide, che menoma la funzione leucoblastica del midollo osseo. A questo modo le tossine stesse raggiungono uno sviluppo insolito. Venendo a contatto con le pareti dei vasi cerebrali e spinali, esse vi determinano lesioni che interessano, naturalmente, le regioni più vascolarizzate. Bisogna dunque cercare un'antitossina specifica, egli conclude, che neutralizzi l'influenza dei veleni provenienti dal bacterium coli.

Analogamente, Idelsohn ritiene che nei paralitici si spenga l'azione battericida del siero sanguigno sullo stafilococco piogeno aureo. Quest'azione è presente nei sani e persiste nei tabetici. La sua scomparsa nei paralitici non dipende da cachessia. A malgrado di questa inferiorità, il sangue dei malati non contiene batteri, almeno nei primi stadî. Forse il fatto osservato da Idelsohn è in rapporto con la diminuita alcalinità del sangue o con la diminuzione del cloruro di sodio o con alterazioni dei leucociti.

della paralisi progressiva non pochi dati macroscopici, che, acquisiti alla psichiatria da lunghissimo tempo, contribuiscono efficacemente alla diagnosi anatomica e devono essere enumerati.

Lesioni macroscopiche del cervello.

Le *iperostosi* ed *esostosi* del cranio, non rare nei cadaveri d'individui mentalmente normali, sono assai frequenti tra i paralitici. La *diploe* è ora inspessita, ora atrofica. Si osserva spesso *pachimeningite interna* ed *ematoma* della dura madre. Sotto la pia madre *soffusioni sanguigne*. Le meningi molli sono quasi sempre intorbidate, specialmente in corrispondenza ai lobi fronto-parietali, e inspessite qua e là, ma più che mai lungo il decorso dei vasi. Le *vene* sono dilatate, con pareti ingrossate. Talvolta è obliterato il lume dei vasi. Le *granulazioni* di Pacchioni che sbocciano dall'aracnoide sono ipertrofiche e talvolta giungono a scavare non solo impronte, ma fori nello spessore dell'osso.

Il cervello è atrofico, e il suo peso medio in un gran numero di paralitici risulta inferiore a quello dei non paralitici niente meno che del 20 o del 25 per cento. Qualche volta, in individui di sesso maschile e che erano stati di normale intelligenza, scende fino a 900 grammi. Le circonvoluzioni sono poco estese, appiattite, e i solchi allargati; qua e là si osservano veri avvallamenti della corteccia cerebrale. Il liquido cefalo-rachidiano è *assai abbondante*, perchè riempie le numerose lacune. All'idrocefalo esterno si aggiunge la *dilatazione dei ventricoli*.

La *pia madre* è molto spesso e per lunghi tratti assai *aderente* alla corteccia, e quando si tenta di produrne il distacco, la corteccia cerebrale si lacera, lasciando piccoli frammenti sulla superficie della meninge. Le pareti dei ventricoli, specialmente il pavimento del IV, si presentano ruvide alla vista ed al tatto: *ependimite granulosa*.

Indipendentemente dalla riduzione di volume che interessa tutta la massa del cervello e che, determinando una diminuzione di peso pari a 250 e fin a 300 grammi, comprende senza dubbio anche la sostanza bianca, è assai appariscente la distruzione a cui va incontro la sostanza grigia. Lo spessore della corteccia cerebrale, specialmente nei lobi frontali e parietali, è *ridotto* in qualche punto fin del 50 per cento. Benchè una simile riduzione sia visibile ed apprezzabile ad occhio nudo e benchè il miglior mezzo per precisarne la portata sia l'esame istologico, vi fu un tempo in cui l'assottigliamento dello spessore corticale fu studiato macroscopicamente, ma con esattezza di misure, mediante aghi appositamente costruiti; questo metodo, puramente quantitativo, si prestava a

Queste alterazioni, croniche ed acute, possono sommarsi le une accanto alle altre, occupando anche tratti assai vicini o circoscritti d'una stessa zona o sovrapponendosi negli stessi elementi cellulari. Qua e là si trovano in una zona alterata del cervello cellule sane.

Quanto al rapporto tra le lesioni e i sintomi, data la complessità dei processi cerebrali e specialmente degli intellettuali, esso non può certo seguirsi fino ai particolari. Pare che le piccole piramidali e le polimorfe siano colpite prima e più fortemente delle grandi. Ma la sola forma di parallelismo che si è autorizzati a riconoscere è quella tra la gravità ed estensione delle lesioni da una parte, e la gravità e generalità dello sfacelo psichico dall'altra.

FIBRE NERVOSE. — Tanto le fibre tangenziali come le fibre radiali, trattate col metodo di Weigert, si mostrano in preda a processi di degenerazione non egualmente distribuiti, che portano talvolta alla scomparsa delle prime, ma non giungono che a diminuire l'abbondanza delle seconde. Usando il metodo di Marchi, si osservano anche i segni di degenerazione secondaria alla necrosi delle cellule.

NEVROGLIA. — Oltre all'ingrossamento di queste fibre ed al loro aumento numerico, che si scorge qua e là diffusamente, il metodo elettivo di Weigert mette in rilievo un'abbondante proliferazione di astrociti e di altre gliocellule. Gli astrociti fanno la loro comparsa anche negli strati corticali profondi, che ordinariamente non ne contengono, mentre sono ricchi di gliocellule con prolungamenti muscosi e prive di vere fibre. Nello strato molecolare o tangenziale, che normalmente possiede fibre di nevroglia, ma in misura scarsa, la proliferazione di cellule e la neoformazione di fibre sono più accentuate che altrove. Alcune di queste cellule neoformate raggiungono dimensioni mostruose: *Monsterzellen*.

La presenza di astrociti dove normalmente non se ne trovano è una prova di flagranza a carico del processo di gliosi. E questo processo si estende largamente in tutto l'encefalo: WEIGERT e più tardi RANCKE lo riscontrarono fin nel cervelletto, dove qualche cellula di Purkinje è circondata da robusti panieri di nevroglia e lo strato molecolare contiene molte fibre di Bergmann. Talvolta si vede il paniere e la cellula è distrutta. Nello strato dei granuli, che normalmente è privo di fibre, se ne vede una discreta quantità.

Tra le lesioni della nevroglia va annoverata anche la così detta ependimite granulosa, perchè non consiste in altro che nella produzione di noduletti gliomatosi con perdita o metamorfosi delle cellule ependimali (fig. 99).

La moltiplicazione delle gliocellule avviene in piccola parte per cariocinesi, e questa è la ragione della relativa scarsezza con cui si presentano le *figure cariocinetiche*. Assai più comune è la divisione *diretta* del

nei casi inveterati, è la *pielo-nefrite* per infezione. Non sono rare l'atrofia granulosa *dei reni* (d'origine vascolare), la *cistite*, i *decubiti*, causa frequente della setticemia, che spesso chiude mortalmente il decorso del processo paralitico.

Diagnosi differenziale.

La paralisi progressiva può essere confusa con le seguenti malattie: sifilide cerebrale, alcoolismo (pseudo-paralisi sifilitica ed alcoolica), amenza, nevrastenia, paranoia, mania. I criteri per premunirsi da simili equivoci sono abbastanza facili e raggiungono completamente il proprio scopo, purchè il medico non pretenda di prendere partito in qualunque siasi caso e sappia, quando i sintomi sono scarsi ed incerti, aspettare dal tempo la soluzione di un quesito che si fonda in parte anche sul decorso.

Nella *sifilide cerebrale* si scorgono fenomeni a focolaio che la cura mercuriale riduce al silenzio o attenua; se v'è disordine mentale, esso ha prevalentemente la forma di semplice difetto. La sifilide cerebrale può anche dar luogo ad esaltamento, ma senza la spensieratezza puerile e la millanteria demenziale della paralisi progressiva. Tenuto conto di queste norme differenziali, l'espressione di *pseudo-paralisi sifilitica* è poco giustificata, perchè un clinico avveduto non durerà gran fatica a dividere le due malattie con una linea di distacco ben netta, che non consente gradazioni intermedie.

L'*alcoolismo* è più insidioso della sifilide nell'imitare il quadro sintomatico della paralisi progressiva, perchè conduce anche per conto proprio e con grande frequenza ad una disorganizzazione del carattere e dell'intelligenza abbastanza simile e poco meno grave di quella che costituisce la demenza paralitica nei suoi primordi. La rigidità pupillare, l'abolizione dei riflessi rotulei, la disartria, l'amimia, la disgrafia con tremito e con le caratteristiche omissioni o ripetizioni di sillabe nella scrittura completano spesso il quadro pseudo-paralitico. Secondo alcuni, la presenza di allucinazioni visive basterebbe a risolvere il dubbio; ma questa norma di diagnosi differenziale non è sempre applicabile, perchè molti alcoolisti non sono allucinati, e non è mai sicura, perchè qualche paralitico autentico soffre, al pari degli alcoolisti, di allucinazioni visive. Un mezzo meno infido per distinguere dai paralitici gli alcoolisti è quello di sottoporre i malati ad un isolamento rigoroso con astensione assoluta dall'alcool. In capo ad un mese o poco più un alcoolista, per quanto inveterato e per quanto simile al più evidente dei paralitici, si libera di qualunque incomodo motorio e mentale con una rapidità e con una pienezza di successo, che sarebbe vano sperare da un vero paralitico in fase di remissione.

lozioni antisettiche della bocca e del naso, i bagni tepidi, e le somministrazioni di caffeina o di sparteina, qualora vi sia minaccia di complicazioni cardiache. Quando poi la paralisi è inoltrata, bisogna raddoppiare di diligenza nell'osservare l'igiene della pelle: Brown-Séquard, per prevenire i decubiti, suggeriva l'applicazione alternata di compresse caldissime e freddissime; ed altri usarono polveri cosparse nel letto. Ma non è nemmeno consigliabile di esagerare nei mezzi di prevenzione o di usare pratiche incomode e farraginose di fronte ad un pericolo che non è costante e che in ogni modo si presenta soltanto al termine della malattia.

quella dell'intelligenza, e che non sono certamente compensate dalla presenza abnorme e in quantità esagerata del tessuto protettivo. Talvolta anzi paiono dalle larghe cicatrici di nevroglia stimoli irritativi, che si riaccendono di quando in quando, sebbene col tempo possano anche scomparire.

Se si vogliono mettere in evidenza *le somiglianze* anatomiche che uniscono questi processi morbosi, esse possono riassumersi nella formula comune: *atrofia degli elementi nervosi e proliferazione esorbitante della nevroglia*. Ma, a differenza da ciò che vediamo nelle cerebropatie degli adulti, l'atrofia assume l'apparenza d'una semplice *aplasia*, mentre la gliosi acquista quasi il carattere di un'*iperplasia teratologica*. Così avviene che nei cerebropatici d'origine fetale ed infantile la malattia si confonde con l'imperfezione, con l'anomalia, con la mostruosità. La proporzione tra il tessuto specifico e il tessuto complementare resta alterata a danno degli elementi nervosi e a vantaggio della nevroglia. Risultato complessivo è una lesione più ampia di quella che, per un insulto eguale, si sarebbe prodotta in un adulto.

Infatti, mentre la gliosi reattiva degli adulti rinchiude il focolaio di rammollimento ischemico od emorragico in una muraglia sottile, quasi per circoscriverne i danni, quella dei bambini li aumenta, formando una cornice più estesa e più molesta del quadro. La nevroglia continua a moltiplicarsi oltre all'età prescritta, ed è in preda a vicende morbose che prolungano la durata della malattia iniziale e, dopo averne allargato il campo anatomico, la rendono cronica.

È ben difficile che le zone *psichiche* possano sottrarsi interamente a processi morbosi che, dovunque cadano, hanno tanta tendenza a dilagare. Se si confronta l'area destinata alle funzioni associative con quella occupata dai centri corticali di proiezione, si comprende subito che i centri associativi siano i più esposti al primo urto ed all'ulteriore diffusione della malattia, appunto perchè presentano un bersaglio più disperso e complessivamente più vasto. Si aggiunga che i territori intellettivi, essendo gli ultimi a formarsi, conservano più a lungo quei caratteri d'infantilità anatomica che accrescono la foga alle cerebropatie nei primi anni di vita. Non dobbiamo dunque meravigliarci se i casi di paralisi motoria e sensoriale senza difetto dell'intelligenza sono, tra i cerebropatici dell'infanzia, piuttosto rari; e se invece sono assai meno rari quelli di semplice idiozia, a cui Freud diede il nome di *cerebroplegie senza paralisi*. Certo è peraltro che fra le cerebropatie prevalgono le forme miste d'idiozia con disturbi parziali delle funzioni motorie.

Tanto nell'idiozia aparetica come nell'idiozia con cerebroplegia il quadro della deficienza psichica è *esaltato* da vere anomalie intellettuali ed affet-

strabile una lesione organica o fortuita, o se si cesserà dall'accusare abusivamente l'eredità morbosa di tutte le malattie di cui ignoriamo la causa, è probabile che si ritornerà presto al concetto unitario di tutte le deficienze mentali, frenastenie, insufficienze, arresti dello sviluppo psichico: puri, con lesioni grossolane, con lesioni meno evidenti (microscopiche); misti a paralisi motorie, senza paralisi. Il dualismo presente avrà servito di transizione per passare dall'unicismo antico, tutto a favore della degenerazione ereditaria, all'unicismo moderno, tutto a favore della cerebropatia.

Le imbecillità ereditarie o pure o senza lesioni, rientrando a lor posto nell'unità clinica che abbraccia tutte le deficienze infantili dell'intelligenza, cesseranno d'esserne il perno per rappresentarne invece le forme più attenuate, più circoscritte o più frustre.

EZIOLOGIA.

I processi patologici del cervello e de' suoi involucri, che sono capaci di rallentare, d'arrestare o di circoscrivere lo sviluppo delle funzioni psichiche, insorgono o nella vita intrauterina o durante l'atto del parto o poco dopo la nascita. Un criterio per la classificazione delle cerebropatie infantili è appunto la data d'origine. In pratica non è tuttavia sempre facile stabilire se la lesione iniziale avvenne prima o dopo la nascita, e, se è postnatale, in quale epoca avvenne, perchè il processo morboso può mantenersi lungo tempo latente e manifestarsi all'improvviso in tutta la sua forza per una causa accidentale che, da sè sola, sarebbe stata insufficiente a produrre gli stessi effetti.

Gli stessi ordini di cause che sul bambino agiscono direttamente possono agire indirettamente sul feto. I traumi fisici e psichici, le infezioni acute, gli stati di cachessia successivi ad infezioni ed intossicazioni croniche, la *sifilide*, le *discrasie* d'origine oscura, come il *rachitismo*, determinano nel bambino cerebroplegie ed idiozia acquisita.

Tutti questi incidenti o malattie — traumi, spavento, infezioni, intossicazioni acute e croniche — possono colpire la madre durante la gravidanza e ripercuotersi sul feto coi medesimi effetti, cioè con cerebroplegie ed idiozia, che, per quanto *congenite*, non si debbono annoverare fra le malattie veramente ereditarie.

Tra le cause delle cerebropatie infantili ve ne sono di predisponenti e di occasionali. WALLENBERG afferma d'aver riscontrato la tara ereditaria in 14 sopra 22 casi di cerebroplegia, e in 7 dei 14 si trattava d'alcoolismo paterno. È, fra le varie cause, piuttosto discutibile l'azione della

sifilide. Secondo FOURNIER la sifilide dei genitori si eredita in forma di parasifilide, e le lesioni che si osservano nella prole cerebropatica sono appunto da intendersi in questo senso, specialmente quando si manifestano con la sindrome di Little. Altri clinici assegnano alla sifilide dei genitori la parte, forse troppo modesta, di semplice preparatrice; e in ogni modo riconoscono che il fattore più frequente della malattia di Little sia il parto irregolare, come indicò lo stesso LITTLE. Secondo FREUD, invece, la distocia non è in grado di determinare cerebroplegie, se non in concorso con una predisposizione: altrimenti non si spiegherebbe come i parti anormali mettano alla luce un numero assai maggiore di bambini normali che non di diplegici.

Anche KÖNIG dà grande importanza all'eredità neuropatica e specialmente all'alcoolismo paterno: l'agenesia spontanea, già di per sè, predisporrebbe il cervello alle cerebropatie. Si avrebbero dunque idiozie cerebropatiche, idiozie biopatiche (per agenesia spontanea) e idiozie bio-cerebropatiche, come le denomina DE SANCTIS, cioè per cerebropatia sopravvenuta in un imperfetto predisposto biopaticamente. A me sembra che tutte queste distinzioni, male illuminate dalla anatomia patologica, siano troppo sottili. Di fronte ai processi materiali d'alterazione il fattore esterno è il solo necessario. È vero ch'esso non è sempre sufficiente a produrre la cerebropatia, e infatti passa non di rado senza danno duraturo. Ma in questo caso possiamo ammettere che il processo occasionale sia stato troppo debole o che la resistenza dell'organismo sia stata abbastanza valida. L'insufficienza dell'organismo a resistere non costituisce senz'altro una predisposizione ereditaria, perchè può dipendere o dall'eccessività dell'azione morbosa a cui avrebbe dovuto opporsi, oppure da condizioni momentanee di debolezza, che non hanno nulla di comune con la struttura individuale e tanto meno con quella della stirpe. E infatti, la massima parte dei fanciulli cerebropatici ha fratelli e sorelle sani e si recluta nel proletariato, che è più esposto, ma non più inerme di fronte ai fattori esterni di malattia. Sopra 22 casi di cerebroplegia infantile SEPPILLI non ne trovò che 4 con predisposizione ereditaria; le sue diagnosi abbracciano le cerebroplegie sporadiche, purchè all'idiozia fosse almeno associata l'epilessia.

D'altra parte, se prendiamo in considerazione le cause esterne delle cerebropatie e cerchiamo di metterle in rapporto coi quadri clinici, dobbiamo convenire che, malgrado certi sintomi comuni a tutti i processi e a tutte le cause, si delinea già una classificazione feconda di corollari. Così, secondo FREUD, il *parto prematuro* determina più specialmente le *forme paraplegiche*, il parto distocico, ossia *l'asfissia*, dà luogo alla *rigidità generale*, il *trauma psichico* alle *cerebropatie coreiche*. Secondo

degenerate e solo si facevano notare per la sottigliezza del loro calibro. In un caso di *paraplegia spasmodica* le circonvoluzioni erano atipiche, le cellule corticali piccole e scarseggianti, le fibre delle piramidi normali. Un *idiota diplegico*, descritto da BOURNEVILLE nel 1890, aveva cervello normale, atrofia del cervelletto e ipoplasia dei fasci piramidali. Ecco dunque degli esempi d'idiozia clinicamente cerebropatica, anzi cerebroplegica nel senso più completo della parola, ma che dal punto di vista anatomico si confondono un poco con le idiozie d'antico stampo e senza alcun segno di processi esogeni.

Secondo PELLIZZI, l'arresto evolutivo dei neuroni può costituire il momento di processi patologici che devono riguardarsi come endogeni: la *sclerosi tuberosa* consiste bensì nella proliferazione esuberante di nevroglia, che si addensa in placche lucide e rilevate, ma la causa di questi focolai di gliosi va ricercata in un difetto dell'istogenesi corticale. Dopo l'8.° mese di vita intrauterina sono già formate le scissure primarie e secondarie, e dovrebbe cominciare il differenziamento ulteriore. Se ciò non avviene, si avranno numerose e gravi anomalie nella stratificazione e nell'orientazione degli elementi nervosi, come si osservano nei dintorni delle placche tuberose ed anche nel loro interno. Perciò PELLIZZI interpreta la sclerosi tuberosa come un fatto consecutivo all'agenesia nervosa, ossia come l'esponente macroscopico della degenerazione psichica, e la elimina dal novero delle *cerebropatie esogene*.

Prescindendo dalla sclerosi tuberosa, la cui patogenesi è oscura e che potrebbe essere causa, anzichè effetto, dell'aplasia nervosa, noi non possiamo riconoscere all'arresto dello sviluppo nervoso altra influenza sui processi di cerebropatia e sui loro sintomi clinici che quella d'una causa indiretta e passiva, in quanto la resistenza agli agenti morbosi è diminuita. Si citano infatti dei reperti anatomici (GIACOMINI, MIERZEJEWSKI, BETZ), in cui accanto ad anomalie primitive di sviluppo, che avevano reso imperfette le circonvoluzioni, esistevano le traccie di malattie accidentali che erano sopravvenute in epoche successive della vita fetale o nei primi mesi della vita extrauterina. Sono appunto questi i casi che DE SANCTIS raggruppò sotto la denominazione già ricordata di *idiozie bio-cerebropatiche*.

Tra le lesioni iniziali delle cerebropatie non figurano quelle della nevroglia. L'ipotesi d'una *gliosi primitiva*, esposta da CHASLIN per la patogenesi dell'epilessia, da BOURNEVILLE e da BRISSAUD per la sclerosi ipertrofica, è oggi dai più contraddetta. Resta dunque ammesso, fino a che non si presentino documenti sicuri del contrario, che la parte più importante nella patogenesi delle cerebropatie infantili spetta alle *lesioni vasali*: arteriose e venose. Le più comuni sono l'occlusione per embolia o per-

trombosi) e l'emorragia. La sede di predilezione è, per le embolie, l'arteria *silviana*. La trombosi si produce *più facilmente* nei *seni venosi* della *dura madre*. Le emorragie multiple (capillari) costituiscono il reperto caratteristico dell'*encefalite acuta* (Goldscheider).

L'occlusione o la rottura dei vasi sanguigni che irrigano il cervello provengono dall'esterno: da *traumi indiretti*, cioè riportati dalla madre incinta, e da *traumi diretti* che colpiscono il capo del bambino. Oppure sono da ricercarsi in disturbi generali della circolazione, malattie cardiache, stati *febbrili*, eccesso di pressione endovasale durante gli attacchi spasmodici della pertosse, alterazioni delle pareti vasali (*arterite sifilitica*), infezioni acute e stati discrasici, che hanno trovato nel cervello una localizzazione qualunque. Le alterazioni delle pareti vasali, oltre ad arrestare la circolazione ed a produrre la fuoriuscita del sangue, possono sovreccitare il processo formativo della nevroglia, aumentandone la naturale espansibilità. Secondo Marie, la gliosi della *sclerosi lobare* si diffonde da piccoli focolai periarteriosi i quali poi confluiscono formando focolai più vasti.

Data l'origine sanguigna dei processi cerebropatici, dobbiamo prendere in esame le lesioni secondarie. Tra di esse si distinguono:

1.° alterazioni terminali ed immutabili che rappresentano i reliquati di processi spenti;

2.° alterazioni in atto con andamento cronico, progressivo e che dalla regione lesa primitivamente possono propagarsi a tutto l'emisfero;

3.° alterazioni d'aplasia e di paraplasia sia in prossimità del focolaio primitivo, sia a distanza;

4.° atrofie e degenerazioni consecutive dei neuroni intracerebrali, cerebro-cerebellari e cortico-midollari.

Tra le alterazioni del primo gruppo abbiamo le *cisti*, le *placche gialle* di rammollimento, i *raggrinzamenti*, le *porencefalie*, le *sclerosi circoscritte*. La sclerosi lobare atrofica non è altro che il tessuto *cicatriziale*, cioè la riparazione permanente d'una malattia terminata (Wernicke). Il processo originario può consistere tanto nell'occlusione d'un vaso come nell'emorragia.

Tra le alterazioni del secondo gruppo dobbiamo collocare la *gliosi*, che conduce alla sclerosi, all'atrofia e in certi casi all'ipertrofia (apparente) delle circonvoluzioni. Caratteristica di questo processo è la progressività e quindi la cronicità. Hanno il medesimo valore reattivo anche l'*idrocefalo* e quelle *proliferazioni vasali e connettivali* che accompagnano la meningite e la meningo-encefalite.

Nel terzo gruppo vanno menzionate la *microcefalia* (spuria), la *microgiria* (fig. 95), le *aberrazioni strutturali delle circonvoluzioni*, come la *poren-*

cefalie, in una parola tutte le disgenesie. S'intende che tutte queste anomalie di sviluppo s'incontrano principalmente nei casi di cerebropatia prenatale. Le lesioni vascolari non sono sempre la causa immediata di questi processi intrauterini, che si devono piuttosto alla proliferazione della nevroglia, alla distruzione degli elementi fibrogeni, alla denutrizione prodotta dalla malattia o dal disordine iniziale. La *microgiria* può essere causata, secondo Marinesco, unicamente dall'idrocefalo.

Quanto alle alterazioni del quarto gruppo, cioè alle atrofie ed alle degenerazioni, basterà ricordare che la loro localizzazione dipende dalla

Fig. [illegible] — Microgiria, specialmente del lobo frontale. Metà della grandezza naturale (da [illegible], *Archiv für Psychiatrie*, Bd. XXXI, H. 3).

sede della lesione primitiva. Secondo che si tratta d'una lesione a focolaio o diffusa e secondo l'epoca in cui si produce il fatto primo, si avrà l'agenesia o l'atrofia o la degenerazione dei fasci che prendono origine dal territorio leso. E questo processo di degenerazione o d'atrofia potrà estendersi da neuroni di primo ordine a quelli di secondo ordine, e così di seguito. La sclerosi d'un emisfero può associarsi con l'atrofia in massa di tutto il cervello e con l'emiatrofia del ponte, del bulbo e del midollo nella metà corrispondente.

Tutte queste lesioni si possono raggruppare in quadri anatomo-patologici che corrispondono ai vari processi morbosi; ma la fase più nota e più interessante di ogni quadro è appunto l'ultima, cioè quella in cui i vari processi confluiscono e si rassomigliano.

SINTOMI E FORME CLINICHE.

Alterazioni psichiche. — Fino a questi ultimi anni le cerebropatie infantili furono studiate con grande interesse e da molti lati, ma non dal lato psichiatrico. I trattati di psichiatria non ne fanno alcuna menzione. Nel 1899 Kraepelin, mentre riconosce che sarebbe razionale separare i casi d'arresto psichico per incompleto sviluppo corticale da quelli che sono dovuti a processi patologici del cervello, finisce col dichiarare prematura ogni selezione clinica di questo genere e si attiene all'antica distinzione tra idioti ed imbecilli. Quanto ai trattati di neuropatologia, essi non concedono alle manifestazioni psichiche delle cerebropatie infantili che un ben piccolo posto.

La distinzione tra idioti ed imbecilli, che risale ad Esquirol, e che è tuttora adottata dalla grandissima maggioranza degli alienisti, non implica che una differenza di grado. Gli idioti sono imbecilli superlativi, che non parlano per mancanza d'idee e di favella; gl'imbecilli sono meno poveri d'intelligenza, piuttosto vivaci di carattere e parlano talvolta abbondantemente, benchè in modo infantile. A queste due categorie di arretrati vanno aggiunti i *semplici di spirito*: costoro fanno uso d'un linguaggio regolare e formano, per così dire, l'aristocrazia degl'imbecilli, ma per la loro credulità e fatuità si dimostrano inferiori ai normali.

Nel 1891 Sollier riuscì a galvanizzare questo capitolo della psichiatria, mantenendo la graduatoria di Esquirol, ma trasportandola sopra una base più scientifica. Assumere, ad imitazione di Esquirol, il linguaggio come indice unico dell'intelligenza era un procedimento troppo sistematico, che può condurre a gravi errori; il linguaggio può mancare per afasia infantile non compensata o restare imperfetto per insufficienza d'educazione. Perciò Sollier preferisce, ed a ragione, di commisurare la forza intellettuale alla capacità d'attenzione; e chiama col nome antico d'imbecilli i meno disattenti, col nome usitato d'idioti gl'incapaci d'ogni attenzione spontanea. Questo criterio di divisione lo conduce a scoprire fra le due classi di *arretrati* differenze intime di *qualità intellettuali e morali*, che superano per importanza, e non di poco, la semplice differenza di *quantità* o di *grado*.

Vi è, p. es., un singolare contrasto tra *microcefali* e *idrocefali*, che completa il loro contrasto fisico. I microcefali, secondo Sollier, brillano per loquacità sconnessa, qualche volta per lampi d'arguzia; la loro fisionomia è mobile, sorridente, maliziosa; sono capaci di furberie, ma anche d'atti grossolani e brutali; e vanno soggetti a cambiamenti improvvisi d'umore, come gli epilettici e gli isterici. Al contrario, gli idrocefali sono

apatici, lenti, bradilalici, taciturni e sembrano sempre come assonnati; non sono nè affettuosi, nè malvagi; non hanno accessi di collera; ordinariamente sono muti, timidi, poco impressionabili, punto curiosi; si trastullano poco, non ridono mai e si dimostrano indifferenti agli stimoli dei sensi.

Gl'imbecilli si modellano dal più al meno sul tipo dei microcefali; gl'idioti su quello degl'idrocefali. Strano a dirsi: anche in queste umili categorie di arretrati la semi-incapacità, come tra i normali la mezza ignoranza, è più dannosa dell'incapacità assoluta. Gl'imbecilli, benchè meno arretrati degli idioti, sono recalcitranti, presuntuosi, bugiardi, ipocriti, volubili, e perciò poco educabili; gl'idioti, per quanto ad un livello più basso, anzi appunto per questo, sono (sempre secondo SOLLIER) menti vuote, prive di virtù e di vizi, e quindi plastiche, suggestionabili, docili, persino educabili; per lo meno conservano la memoria, l'abitudine e il gusto di ciò che hanno a gran fatica imparato. Di più, gl'idioti sono in fatto dei malati, come gl'idrocefali; gl'imbecilli non sono che degenerati, ma di primo grado, come i microcefali classici o per agenesia.

Evidentemente SOLLIER era sul punto di disegnare in modo magistrale il quadro dei sintomi psichici che dovrebbe contraddistinguere clinicamente i *cerebropatici* di fronte agli altri arretrati dell'intelligenza. Ma gli sfuggì una circostanza: i suoi idioti non sono affetti, com'egli crede, da una malattia qualunque o, meno che mai, da una forma grave, complicata e predestinata di degenerazione ereditaria. Essi non sono invece che le vittime del caso, d'una cerebropatia acquisita. I suoi imbecilli, al contrario, stanno perfettamente al loro posto tra i degenerati ereditari, ma vi restano come gli ultimi e i soli rappresentanti genuini della degenerazione nella famiglia clinica degli arretrati. Se SOLLIER non riconosce questa differenza tra le due classi di arretrati, ciò gli è derivato dall'aver intrapreso il suo confronto prescindendo dal quesito anatomo-patologico. I reperti necroscopici illuminano la patogenesi delle cerebropatie e le spostano, per la massima parte, tra le malattie acquisite ed accidentali, dove l'eredità non dimostra alcuna influenza.

Per SOLLIER la degenerazione ereditaria è dunque il cattivo genio e l'agente segreto dell'arresto psichico tanto negli idioti come negli imbecilli, ma, giunta all'estremo grado dell'abbrutimento, essa prende l'aspetto d'una vera malattia; e con la forza di coordinare e d'agire, toglie anche la capacità di reagire, di ribellarsi, di nuocere. L'idiota, dice SOLLIER, è un malato (e va bene), un *extra-sociale* (e va ancor bene); l'imbecille è un degenerato semplice, un *anti-sociale*, come il paranoico e il delinquente. Per compiere il parallelo, basterà aggiungere che la ma-

Stando alla statistica delle cerebropatie, come fu raccolta da Freud e da altri nevrologi, solo una minoranza di cerebropatici con paralisi, ossia di veri cerebroplegici, presenta scarsezza d'intelligenza. Se ai veri cerebroplegici si aggiungono i cerebroplegici frusti, cioè i cerebropatici con semplici disturbi motori, la proporzione degli idioti è sempre inferiore al 50 per cento. Se invece si allarga il concetto della cerebropatia anche all'infuori d'ogni manifestazione motoria e si ammettono le cerebropatie puramente psichiche, si vede che le idiozie cerebropatiche senza paralisi sono forse non meno frequenti delle cerebroplegie vere o fruste, senza idiozia.

Fig. [illegible]. — Microcefalo [illegible] — Da una fotografia eseguita a Torino per favore del prof. [illegible]

Riassumendo, si possono considerare le cerebropatie infantili come divise in tre gruppi:

1.° Cerebropatie con paralisi: *cerebroplegie vere*.

2.° Cerebropatie apparentemente con minori, ma caratteristici disturbi delle funzioni motorie e trofiche; *cerebroplegie fruste* (fig. 98 e fig. 99).

3.° Cerebropatie con semplice deficienza o regresso delle funzioni intellettuali; *cerebroplegie psichiche*.

Queste tre forme di cerebropatia, fatta eccezione dei casi in cui l'intelligenza è integra, costituiscono l'*idiozia acquisita*. L'uso di questa parola non implica una designazione di quantità o di grado. Benchè tra i cerebropatici prevalgano le forme più gravi d'insufficienza mentale, non mancano, come abbiamo veduto, le forme d'insufficienza appena avvertibili. Così l'idiozia acquisita si contrappone, sia sotto l'aspetto dell'anatomia patologica, sia sotto quello della patogenesi, all'*imbecillità* o *gracilità* dell'intelligenza nel suo senso tradizionale, cioè di un'anomalia evolutiva o degenerativa.

L'antagonismo tra questi due gruppi d'insufficienze mentali, che hanno in comune l'infantilità delle loro prime manifestazioni e nient'altro, si conferma fino ad un certo punto anche clinicamente. Fra gli arretrati per cerebropatia e gli arretrati per fiacchezza od alterazione spontanea dell'impulso evolutivo vi sono differenze somatiche e psicologiche, che rendono talvolta possibile una diagnosi differenziale indipendentemente dall'anamnesi e dalla presenza di alterazioni motorie.

Nei cerebropatici potranno mancare le paralisi e le altre caratteristiche che descriveremo tra le alterazioni dell'attività motrice, ma sarà ben difficile che non si osservi *esagerazione dei riflessi tendinei* o *irregolarità sensoriali* od *asimmetria facciale* o *strabismo* (fig. 100). Queste anomalie ed imperfezioni non sono d'origine evolutiva, ma rappresentano i reliquati d'un processo morboso. Molti tra gli arretrati sono *epilettici*; e quando l'insufficienza mentale si associa fin dall'infanzia con l'epilessia, si può ammettere senz'altro che esse abbiano per causa comune una *cerebropatia* (SEPPILLI).

Fig. 99. — Lo stesso ammalato della fig. 98.

Dal punto di vista mentale i cerebropatici presentano, più che altro, caratteri negativi o di *deficienza*: inaffettività, anideismo, alalia, inattività. I loro impeti, le loro collere, i loro reati hanno un'origine più viscerale o riflessa o istintiva che psichica: sono fenomeni irritativi a cui la volontà, la memoria, la coscienza non portano, si può dire, alcun contributo. All'infuori di qualche reazione vivace, che non dice nulla sul loro carattere morale ed a cui sfugge, del resto, la maggioranza di questi malati, regna tra i cerebropatici una profonda apatia. L'apatia è favorita da un certo grado di *bradipsichismo* e, insieme alle iniziative felici, lascia senz'alimento anche gli istinti maligni. D'altra parte la gliosi, per poco che si estenda, rende virtualmente microcefali tutti i cerebropatici, e l'arresto del perfezionamento anatomico negli elementi attivi del pensiero accresce il danno della loro scarsezza numerica. All'esercizio militante dell'intelligenza concorre un numero di cellule inferiore al normale e per giunta male armato di *dendriti*, mal nutrito da un organismo meschino, poco stimolato da bisogni passionali: l'ideazione è scarsa, lenta, e non ha occasioni, nè potere d'irrobustirsi.

In tanta miseria di patrimonio intellettuale, in tanta sterilità di dinamismo affettivo sono rari i tabeati parziali, poco notevoli gli episodi intercorrenti di psicosi acuta, impossibili i delirî paranoidi, che richiederebbero qualche sforzo di coordinazione originale e una passione inspiratrice. Questo deserto di sintomi positivi contrasta con la psicologia abbastanza ricca che incontreremo negli imbecilli di razza.

A sua volta, il decorso dei processi cerebropatici, per quanto sciolto, presenta vicende cliniche, certo all'infuori dalla psicologia, che si cercherebbero invano nell'evoluzione graduale dell'imbecillità gentilizia. Se anche non si riesce a determinare la causa di malattia che ha agito direttamente sul bambino, sul feto o sulla madre gestante, come sarebbero l'asfissia del parto, un trauma, lo *shock* psichico, l'eredo-sifilide, avviene abbastanza spesso di poter rilevare che i primi sintomi comparvero all'improvviso, con febbre, delirio o convulsioni. Così il decorso ha ordinariamente un inizio acuto a cui tien dietro una fase cronica. E in questa fase cronica si ha un lento regresso del malato; ma qualche volta anche una *defervescenza* di tutti i sintomi, da cui il cerebropatico esce migliorato e quasi guarito. Al miglioramento od alla guarigione contribuisce molto la scomparsa dell'epilessia.

Fig. 158. — Imbecillità con [illegible] asimmetria facciale [illegible].

Alterazioni motorie. — Le *cerebroplegie* propriamente dette o cerebropatie con paralisi possono presentarsi sotto le due forme classiche di *emiplegia* o *diplegia*, oppure in veste frusta con certi fenomeni motori che sogliono complicare le cerebroplegie propriamente dette: epilessia, ipertonia, spasmi, strabismo, esagerazione dei reflessi tendinei. Questi casi di cerebroplegia frusta od abortiva costituiscono il termine di passaggio alle cerebropatie puramente psichiche (Kotsch); e così le cerebropatie infantili vengono a formare una sola famiglia, in cui i tipi estremi sono rappresentati dalle cerebroplegie con intelligenza normale e dalle idiozie acquisite senza complicazioni motorie. Tra le une e le altre s'interpongono:

1.° Le cerebroplegie classiche con indebolimento psichico di vario grado;

2.° i casi caratterizzati da *diplegie* e *paraplegie*;

3.° le idiozie con complicazioni motorie (Freud, Koenig, Wachsmuth).

Emiplegia. — È la forma da maggior tempo conosciuta di cerebropatia infantile e la meglio descritta nei trattati di nevropatologia, per cui basterà accennare ai suoi tratti principali. L'emiplegia infantile è quasi sempre postnatale, e perciò dà modo di osservare un periodo prodromico di grave malessere e più o meno lungo con *febbre*, *vomito*, *convulsioni* e *coma*. L'incapacità al movimento della metà colpita può manifestarsi ad un tratto od anche gradatamente. È distribuita, come nelle emiplegie dell'adulto, ai muscoli innervati dal faciale, a quelli del braccio e della gamba. La paralisi è *flaccida* sul principio, ma diventa ben presto *spastica*, accompagnandosi con esagerazione dei riflessi tendinei. Con l'andare del tempo la muscolatura degli arti paralizzati ed anche quella della faccia *si atrofizza*. Le estremità assumono *atteggiamenti viziosi*. Le ossa del braccio, della gamba e talvolta di tutto il lato emiplegico si arrestano nel loro sviluppo (fig. 101). Si è osservato qualche caso di *emiatrofia totale* senza fenomeni paralitici. Spesso vi è *microcefalia*; spesso *asimmetria del cranio*.

Fig. 101. — Emiplegia infantile destra; atrofia dell'arto superiore ed inferiore; piede varo-equino. Intelligenza e sviluppo somatico allo stato infantile senza pervertimenti con carattere mite ed affettuoso.

Per lo più la paralisi è permanente; ma può attenuarsi anche fino alla scomparsa. Di mano in mano che la paralisi si attenua entrano in scena altri disordini motori: *emicorea*, *emiatetosi*, *emitremore*, *epilessia*. La *successione* e le vicende di queste complicazioni tardive sono assai varie. Nei casi tipici si distinguono tre stadi: lo stadio *paralitico*, quello dell'*emicorea* o dell'*emiatetosi*, e lo stadio *epilettico*. Ma la corea può manifestarsi contemporaneamente alla paralisi; o si presenta come sintomo primitivo in luogo della paralisi, che manca: *paresi coreica* di Freud e Rie. Si conoscono casi di *emitremore* non preceduto da emiplegia (Lamacq). Anche *l'epilessia* può comparire precocemente, mentre la paralisi scompare; e in tal caso i malati, se si ignora la loro anamnesi, fanno la figura di epilettici genuini.

Com'è naturale, gli emiplegici, possedendo un emisfero integro, offrono il maggior contingente alla cerebropatia infantile senza indebolimento mentale.

Diplegie. — Le diverse varietà di diplegia sono state riunite da FREUD in un gruppo clinico a sè. Se ne distinguono vari tipi:

1.° la *rigidità generalizzata* (malattia di Little in senso stretto);

2.° la *rigidità paraplegica*, che corrisponde alla paralisi spinale spastica o tabe spastica;

3.° la *vera paralisi paraplegica* o paraplegia spastica;

4.° l'*emiplegia bilaterale* (o diplegia totale);

5.° la *corea generalizzata*;

6.° l'*atetosi doppia*.

Tra questi tipi fondamentali FREUD ammette numerose forme di passaggio o miste. Egli considera la malattia di Little non già come un'affezione speciale, ma come una sindrome, che non differisce dalle altre sindromi o forme diplegiche nè clinicamente, nè etiologicamente. Quest'opinione è condivisa da SACHS, RAYMOND, DEJERINE, CESTAN ed altri; è combattuta da MARIE, BRISSAUD, van GEHUCHTEN, i quali sostengono che la malattia di Little appartiene alla patologia del midollo spinale e si stacca nettamente dal gruppo delle diplegie cerebrali.

Le divergenze non si limitano alla posizione nevrologica della malattia di LITTLE, ma toccano anche la delimitazione del suo quadro morboso, l'etiologia, il decorso, la presenza od assenza di complicanze cerebrali e soprattutto psichiche; tanto che alcuni clinici, per evitare confusioni, vorrebbero che di questa malattia fosse bandito anche il nome. Gli autori che seguono FREUD non riconoscono per malattia di Little che la sindrome: rigidità spasmodica bilaterale senza paralisi. Gli altri invece, fra cui BRISSAUD e MURATOW, considerano come casi tipici quelli in cui alla contrattura s'associa la paraplegia. Circa alle cause, vi è chi ne accusa, con BRISSAUD e van GEHUCHTEN, il parto *prematuro*; e chi il parto distocico (asfissia) con lo stesso LITTLE. Dai più l'affezione si considera come *congenita*, perchè la rigidità caratteristica appartiene fin dalla nascita; ma non mancano esempi di rigidità bilaterale che si manifestano più tardi. Per FOURNIER anche la malattia di Little è un'affezione parasifilitica.

Un'opinione intermedia, perchè in certo modo concilia la tendenza separatista con la tendenza unitaria, venne formulata da DEJERINE nel suo « Trattato di semeiologia nervosa ». La sindrome di Little, dal punto di vista sintomatico, si può dividere in due grandi varietà a seconda dell'andamento decrescente o stazionario della malattia. Nella prima categoria

vanno inclusi i casi dovuti a lesioni *lievi* della corteccia cerebrale, provocate da traumi durante il parto; e i malati non presentano paralisi, ma solo contratture: « sono degli spasmodici, non dei paralitici », intelligenti, immuni da epilessia, facili a migliorare, con qualche rallentamento nello sviluppo anatomico dei fasci piramidali e nessun'altra complicazione spinale. Nella seconda categoria, che DEJERINE chiama *cerebro-spinale*, rientrano i casi con lesioni grossolane di ambedue gli emisferi cerebrali, e si riscontra una vera paralisi predominante agli arti inferiori, contrattura, arresto generale dello sviluppo, disordine mentale, nessuna tendenza al miglioramento e spesso anche epilessia. In uno di questi casi DEJERINE riscontrò una lesione primitiva del midollo spinale. Le forme cerebro-spinali di diplegia si collegano con le cerebrali e guaribili per mezzo di varietà intermedie: *diplegie* e *paraplegie* che, secondo KÖNIG, rappresentano le forme più fauste di cerebroplegia infantile.

Volendo analizzare più da vicino i sintomi delle varie forme diplegiche e le loro differenze, ecco ciò che si può concludere.

1.° *Contrattura generalizzata.* — Ciò che caratterizza questa forma clinica, oltre alla rigidità muscolare, è la prevalenza dell'affezione agli arti inferiori. Il bambino si mantiene immobile o si agita a gambe tese come se fosse tutto d'un pezzo; oppone resistenza ai movimenti, specialmente a quello d'abduzione delle coscie; non può stare nè in piedi, nè seduto; se vien sollevato in aria, le sue coscie si accavalciano in modo caratteristico. Si ha molto spesso il *piede equino-varo* in modo pronunciatissimo (fig. 96). Lo stato di rigidità data quasi sempre dalla nascita. Le convulsioni scoppiano o subito o nei primi giorni, ma non si ripetono nel corso della vita. La malattia si raddolcisce col tempo: tuttavia persiste sempre qualche traccia di rigidità nelle gambe.

2.° *Contrattura paraplegica.* — Differisce dal quadro precedente per la integrità funzionale delle braccia.

3.° *Paralisi paraplegica o paraplegia spastica.* — È rara: alla rigidità muscolare delle gambe si aggiunge una grave paralisi dei movimenti con *atrofia*.

4.° *Emiplegia bilaterale spastica.* — La sintomatologia di questa forma è più complessa di quella che presenterebbe un'emiplegia destra sommatasi con un'emiplegia sinistra, perchè la paralisi, oltre ad essere più grave negli arti, si estende ai muscoli che stanno sotto la dipendenza dei *nervi cerebrali*, ai muscoli della *nuca* ed a quelli del dorso. Può darsi tuttavia che sia più accentuata in una delle due metà del corpo. È in questa forma che si osservano, secondo FREUD, i gradi più profondi d'idiozia.

5.° *Corea generalizzata.* — Tipo ancora poco studiato e mal delimitato dalle altre forme di corea. Ne fa menzione LITTLE, che l'aveva giusta-

inesse interpretata; ma poi questa sindrome fu dimenticata. Riprese il suo posto fra le cerebroplegie fruste per opera di Audry che distinse due varietà di corea generalizzata: nell'una l'elemento coreico è associato all'elemento spastico, nell'altra è solo. La corea comune di Sydenham guizza su muscoli piuttosto flacci.

6.° *Atetosi bilaterale.* — Corrisponde clinicamente ad un raddoppiamento dell'*emiparesi coreica* descritta da Freud e Rie ed *emiatetosi* di Oulmont. Ma vi si mescolano fenomeni spasmodici che mancano nell'emicorea o non sono così accentuati. L'atetosi bilaterale può insorgere primitivamente o subentrare ad una emiplegia doppia, come avviene dell'emicorea in rapporto con l'emiatetosi postemiplegica. Si osserva allora anche l'*ipertrofia muscolare*, analoga all'emi-ipertrofia dell'emiatetosi; inoltre vi sono deformazioni rachitiche, scoliosi, lordosi o cifosi (Audry). Soprattutto nella forma congenita l'*intelligenza* è assai compromessa. Nel 25 per cento dei casi circa la funzionalità mentale è rispettata. La malattia è stazionaria (Dejerine).

La posizione nosologica dell'atetosi doppia è soggetta alle stesse disparità d'opinioni che furono prese in esame a proposito della malattia di Little. Alcuni la considerano come un'entità morbosa, altri come una sindrome che traduce clinicamente l'irritazione primitiva del fascio piramidale (Dejerine).

Complicazioni cerebrali comuni alle forme emiplegiche e diplegiche. — A) *Disturbi oculari.* — Le paralisi dei muscoli oculari esterni sono rarissime nell'emiplegia (Koenig). Nelle forme diplegiche invece è frequente lo *strabismo* (secondo Freud circa il 30 per cento dei casi), e più spesso è convergente. Alcuni cerebroplegici presentano *rigidità pupillare* alla luce unilaterale o bilaterale. Ossipow la spiega come un'anomalia dello sviluppo o come un effetto di lesioni nel nucleo dell'oculomotore; Koenig come un segno di sifilide ereditaria. Lo stesso Koenig ha osservato in un caso il fenomeno della midriasi saltante (*springende mydriasis*) che finora era stato avvertito nella tabe.

Nei diplegici è frequente il *nistagmo*, che, secondo Muratow, può dipendere da emorragie nucleari del III paio.

L'*atrofia del nervo ottico* è una complicazione comune a tutte le forme di cerebropatia. L'*emianopsia omonima*, osservata per la prima volta da Freud, e che ricordiamo tra i pochi sintomi sensoriali, è invece rara e transitoria.

B) *Disturbi del linguaggio.* — Sono frequenti, soprattutto nei diplegici, i disturbi disartrici che determinano una caratteristica *bradilalia*. I cerebroplegici dell'infanzia parlano con *pronuncia scandente*, talvolta *bitonale*. Spesso la prima sillaba d'una parola è fischiante. Nei coreici la favella è

gravemente disturbata se sono interessati i movimenti della lingua e della laringe.

L'*afasia motrice* per lesione a focolaio della circonvoluzione di Broca non è *rara* nell'infanzia, soprattutto quando vi è emiplegia; ma facilmente migliora per l'organizzarsi della funzione in altre parti del cervello. E così l'afasia non porta altra conseguenza che il ritardo nella formazione del linguaggio articolato. A questa circostanza si deve forse l'opinione di Bourneville e di Cotard che nei cerebropatici non vi sia mai afasia, neppure quando esista sclerosi diffusa e vi sia coinvolta la terza circonvoluzione frontale di sinistra.

C) *Disturbi della mimica.* — Sono soprattutto i diplegici che si distinguono per la fisionomia rigida, immobile, quasi amimica, che imprime loro un'apparenza di stupidità, talvolta non corrispondente allo stato della loro intelligenza. In questi malati sono frequenti anche le *discinesie* o *paracinesie*, per cui nei momenti d'emozione piangono con una specie di singhiozzo (Freud). Queste aberrazioni mimiche sono la conseguenza di contratture, di movimenti atetosici od atetoidi, di spasmi talvolta unilaterali: *emispasmo labiale intermittente*, *tic labiale* di Brissaud. Nelle forme d'idiozia gravi si osservano spesso gli *atteggiamenti* ed i *movimenti automatici*, per esempio quello d'inchino in posizione seduta, accompagnati o no da suoni espiratori.

D) *Epilessia.* — Di tutte le complicazioni delle cerebropatie in genere l'epilessia è senza dubbio la più importante. Essa si verifica con la stessa frequenza nell'emiplegia e nelle diplegie, salvo la malattia di Little in senso stretto, che ne va esente; e non è rara nelle idiozie aparetiche. Se la cerebroplegia è postnatale, passa un certo tempo fra la comparsa della paralisi e l'insorgere dell'epilessia. Questo intervallo è di durata variabilissima: da poche settimane ad una serie d'anni; e talvolta manca. In qualche caso Lukács ha visto l'epilessia svilupparsi gradatamente dall'*eclampsia* iniziale.

Si pretende che esistano differenze tra l'epilessia dei cerebroplegici e l'epilessia genuina. L'attacco è quasi sempre preceduto da un'*aura* ed è raro l'attacco repentino. Il malato, se emiplegico, cade spesso sul lato paralizzato. Per lo più mancano il grido iniziale, l'emissione involontaria dell'orina, la morsicatura della lingua; è rara la schiuma sanguigna. Gli accessi leggeri non sono accompagnati da perdita della coscienza. Lo *stertor* manca od è brevissimo; e il termine dell'attacco è brusco senza alcun seguito di coma o di delirio. Ma secondo il parere di Lukács, l'epilessia delle cerebropatie infantili non si distingue in nulla da tutte le altre, anzi può persino assumere la forma degli *equivalenti psichici* e delle semplici assenze. Quanto poi ad eventuali diversità della convulsione tra co-

rebroplegici e idioti senza paralisi, König afferma che non ve n'è alcuna.

Per lo più gli attacchi convulsivi dei cerebropatici sono di tipo jacksoniano e si seguono ad intervalli non troppo fitti. Con l'andar del tempo si generalizzano e rassomigliano sempre più all'epilessia ordinaria, ma le crisi sono meno complete e meno incoscienti. La mancanza di equivalenti psichici, salvo le eccezioni registrate da Lukács, è quasi una regola, e Fuchs l'ha elevata alla dignità d'un carattere differenziale.

L'epilessia è il sintomo che concorre più efficacemente a vivificare la fase cronica delle cerebropatie: essa le comunica delle vicende e un decorso. Il più delle volte le convulsioni vanno diradandosi con l'andar del tempo, specialmente negli emiplegici, e finiscono col cessare. Ciò accade spesso fra il 40.° e il 50.° anno d'età (Bourneville). Nei diplegici l'epilessia è più ostinata. Ma in certe cerebropatie dove le lesioni sono molto disseminate o molto vaste, essa assume addirittura un andamento progressivo. La *meningo-encefalite* e la sclerosi *tuberosa* espongono i malati a gravi insulti convulsivi che peggiorano con gli anni. Ed anzi i fenomeni paralitici finiscono col passare in seconda linea per il predominio dell'epilessia. Scoppiano gli accessi in serie: si possono avere fin cento accessi in un giorno. Lo *stato epilettico* è causa non infrequente di morte.

Un fatto da notare, benchè contrastato da Bourneville, è questo: che la gravità dell'epilessia non è affatto in rapporto con quella dei fenomeni paralitici. L'epilessia può presentarsi come l'unico sintomo d'una lesione a focolaio. Secondo Pellizzi, che considera la sclerosi tuberosa come una cerebropatia endogena per *ipoplasia della corteccia*, e che perciò la colloca fra le malattie ereditarie, attribuisce un'origine *essenziale* anche all'accesso epilettico di questi malati, ma è più ovvio considerare l'epilessia come un fenomeno di reazione a cause irritative.

Alterazioni sensoriali. — Nel campo della sensibilità si hanno sintomi assai più scarsi, più oscuri e più contestati di quelli che si osservano nel dominio delle funzioni motorie. Sotto questo aspetto è dubbio se esistano *cerebropatie* puramente sensoriali. È certo peraltro che esistono forme miste, in cui i processi morbosi si localizzano alle regioni sensitive e psichiche, risparmiando le motorie. In mancanza di sintomi motori, le complicazioni sensoriali vengono a convalidare la diagnosi di cerebropatia infantile quando l'idiozia potrebbe altrimenti scambiarsi per un'aplasia evolutiva o per una degenerazione ereditaria.

Tra le alterazioni sensoriali è piuttosto rara l'*emianopsia omonima*, osservata per la prima volta da Freud. Pare anche che sia transitoria, ciò che indicherebbe una lesione localizzata fuori dai centri della visione, ma non lontano. Meno rara, ma in generale egualmente transitoria è la

sordità verbale. È probabile che, rendendosi cronica, essa arresti il cerebropatico nel tirocinio della parola o lo renda addirittura impossibile. Nelle cerebropatie prenatali si osservarono casi di *sordomutismo*; e tra le forme postnatali si notano esempi di *mutismo congenito senza sordità*, che forse si devono appunto a precoci lesioni della prima circonvoluzione temporale, sebbene in proposito non si conosca ancora alcuna autopsia.

CURA.

Trattandosi di processi che ledono profondamente il cervello, che compromettono lo sviluppo di elementi specifici ed insostituibili, che ne distruggono una parte e che arrestano o deviano l'accrescimento di tutto l'organismo, è ovvio che l'intervento del medico non può spiegarsi con efficacia. Si combattono male o per lo meno con armi inadeguate i processi morbosi in atto; si combattono peggio i loro reliquati.

Tuttavia la terapia può prefiggersi un compito non inutile, per quanto modesto. In primo luogo si cercherà di domare i sintomi irritativi, specialmente l'epilessia, che esercita un'influenza così perniciosa sul decorso delle cerebropatie in fase cronica. In secondo luogo, con un'opportuna igiene, bisognerà sopperire alle deficienze funzionali dell'intero organismo che in molti casi rendono difficile la vita. Questi infermi, abbandonati a sè stessi, sono spesso incapaci non solo di camminare e di esprimersi, ma anche di alimentarsi. Bisogna indovinare i loro bisogni, prevenirli e soddisfarli razionalmente.

Ma il compito più delicato e più speciale sarà quello di trarre il miglior partito possibile dalle funzioni superstiti. Nel campo dei movimenti l'elettricità, il massaggio, la ginnastica possono promuovere il trofismo di muscoli paretici o che, comunque, tendano all'atrofia. Si possono correggere le deformità degli arti con mezzi ortopedici e chirurgici. La tenotomia e i trapianti tendinei danno vantaggi considerevoli, restituendo, principalmente agli arti inferiori, una funzionalità fino allora inattiva. Nel campo psichico l'educazione ha tanto maggior agio di esplicarsi quanto *meno* è grave la mutilazione funzionale. La parola è la funzione che l'educatore può coltivare con maggior successo.

La massima parte dei tardivi non sono che cerebropatici di grado leggero e più o meno guariti, ma che per le mutilazioni subite non sono in grado di perfezionarsi spontaneamente, nè con gli ordinari mezzi didattici. L'educazione dei tardivi è un tentativo doveroso e che difficilmente rimane sterile.

Data la varietà sintomatologica delle cerebropatie e la diversa inten-

sità dei processi, si comprende facilmente che l'educazione dev'essere strettamente individuale. L'educatore è costretto il più delle volte non soltanto ad applicare, ma addirittura a creare un programma. A ciò è necessaria una larga esperienza e il possesso di mezzi, che elevano l'educazione degli idioti e dei tardivi al grado d'una vera specialità pedagogica. Il miglior modo di favorire il progresso e di rendere possibile l'esercizio di tale specialità è quello di organizzarla in appositi istituti, che offrano ai deficienti un ambiente di agevolezze e che permettano alle famiglie di rientrare nella normalità delle abitudini domestiche. Lo spettacolo d'un idiota deforme non è un elemento favorevole all'educazione di fratelli sani.

La conoscenza delle cause che determinano la maggior parte delle cerebropatie, come l'alcoolismo dei genitori, la sifilide, la cattiva alimentazione e l'insufficiente assistenza dei neonati, dimostra la possibilità e la necessità d'una profilassi sociale, anche in vista dell'aggravio che i cerebropatici portano ai bilanci della beneficenza pubblica, senza contare il danno privato. Vi sono in Italia, secondo i calcoli delle statistiche ufficiali, circa 30.000 tra idioti e imbecilli. In questa cifra sono compresi alcuni tra gli imbecilli ereditari, che sono più rari e che sfuggono facilmente ai censimenti; ma la massima parte sono cerebropatici.

CAPITOLO XVI.

Le cerebropatie degli adulti

In questa classe di cerebropatie noi includiamo tutti quei processi morbosi che compromettono in modo grossolano gli elementi nervosi del cervello adulto, sia direttamente, come avviene per traumi al capo o per tumori, sia indirettamente per lesioni collaterali dei tessuti contigui, soprattutto vascolari e meningee, come accade nelle varie forme di arteriosclerosi cerebrale, nelle embolie, nelle trombosi, nelle emorragie cerebrali, nella sifilide cerebrale, nella sclerosi a placche.

In questi ultimi casi vi è una causa generale di malattia che si localizza più specialmente nel cervello, benchè all'infuori degli elementi nervosi; ma non è escluso che la stessa causa generale, come danneggia dal più al meno anche il resto dell'organismo nei suoi vari tessuti, possa far sentire qualche effetto immediato sugli elementi nervosi della corteccia cerebrale. In ogni modo sono le alterazioni cerebrali che dominano la scena; e tra le cerebrali quelle a focolaio. Così in tutte le cerebropatie degli adulti si ha predominanza di sintomi a focolaio.

S'intende bene che quando le lesioni vascolari siano minute e diffuse il quadro morboso si avvicinerà a quello delle intossicazioni croniche che ledono direttamente gli elementi nervosi. In queste malattie possono intervenire come sintomi accessori gli effetti di lesioni procurate dalla stessa causa generale, ma localizzate in altri organi, come il cuore o i reni.

Le lesioni localizzate del cervello adulto differiscono da quelle che si manifestano nell'infanzia per la loro tendenza a circoscriversi nettamente e quindi a dare i sintomi propri del territorio leso e non altri. Mentre nelle cerebropatie infantili dai punti lesi si dipartono processi di gliosi diffusa che possono invadere anche l'intero cervello, negli adulti la reazione della nevroglia è assai meno intensa e tende piuttosto a porre una barriera tra i territori ammalati e i territori sani.

D'altra parte anche lesioni estremamente localizzate possono provocare

Talvolta la rovina non colpisce che l'intelligenza, ma più spesso si hanno svariati pervertimenti dell'affettività che a loro volta imprimono speciali aberrazioni al modo di comprendere e di pensare. Vi può essere un indebolimento con apatia, indifferenza, limitazione egoistica dell'affettività, per cui il vecchio diventa insensibile ai piaceri e ai dolori dei suoi congiunti e non si cura che dei suoi minuti bisogni. Vi può essere un indebolimento con depressione affettiva, tendenza ai piagnistei, al pessimismo, che degenera facilmente in idee di rovina e di persecuzione. Questi ammalati si lagnano di essere poco rispettati, negletti, dileggiati dai ragazzi; diventano avari ed invidiosi. O cadono addirittura in un vero pervertimento etico: nella cupidigia puerile, che li spinge a piccoli furti, a imbrogliare nel giuoco, a piccole scroccherie, a mendicità più o meno larvate; nella scurrilità di linguaggio per destare l'ilarità degli sciocchi ed ottenerne il plauso mescolato di sprezzo; nell'abbandono delle abitudini di nettezza; nei dispetti che compiono anche con proprio danno; e così diventano resistenze passive ad ogni novità, per esercitare a modo loro qualche influenza ed appagare l'impotente ambizione.

Da questi stati di decadimento alla vera demenza senile vi è una serie continua di gradazioni insensibili, tra cui non è possibile stabilire una netta separazione. È soprattutto il criterio pratico sulla condotta del vecchio e sulla capacità di tolleranza da parte della famiglia che determinerà il trattamento da usarsi. Alcuni di questi vecchi sono nella loro impotenza così prepotenti, che per renderli innocui bisogna segregarli nelle case di salute o assoggettarli all'interdizione, cosa tutt'altro che facile. La legge li favorisce in modo singolare: nella sua idolatria giustinianea per l'ius abutendi essa permette che un uomo distrugga la fortuna della famiglia, che sacrifichi gli interessi affidatigli, che la sottometta ad una tirannia irragionevole, purchè non sia dimostrata o la prodigalità o una malattia mentale ufficialmente riconosciuta. Ma gli affari rovinosi, le rappresaglie spietate, le severità dissennate si sottraggono troppo spesso a queste complicate sanatorie.

Nella demenza senile sono sempre presenti anche i sintomi somatici della vecchiaia. La magrezza soprattutto degli arti e del viso, la debolezza muscolare, l'abbassamento notevole della statura, l'incurvamento cervico-dorsale della colonna vertebrale, le rughe, la canizie, l'andatura a piccoli passi strascicati. Frequentissimo è il tremore, più accentuato al capo e agli arti superiori: è un tremore che perdura anche allo stato di riposo e che anzi si attenua negli atti volontari, come nella scrittura. Spesso è ampio, simile al parkinsoniano. L'occhio è infossato nell'orbita, sulla cornea si disegna l'arco senile, il cristallino e il vitreo perdono la loro limpidezza, la pupilla ha un aspetto opalescente. Vi è anche miosi e

incontro a frequenti illusioni. È soprattutto nella conversazione che questo difetto si rileva in modo imponente. Ai vecchi in istato di decadenza non è possibile seguire la conversazione comune, ch'essi non intendono o fraintendono. È necessario di fare per essi un'edizione semplificata ed abbreviata di ogni ragionamento, anche delle più semplici notizie, come pei sordi.

La memoria presenta sempre larghe lacune. Le idee, le nozioni generali sono per lo più abbastanza conservate, ma sono soprattutto i ricordi di avvenimenti concreti che subiscono la massima disgregazione. È nota la legge di dissoluzione della memoria: i ricordi recenti sono i primi a scomparire, i ricordi più lontani della vita, quelli che più a lungo hanno avuto occasione di ripetersi e di imprimersi nella memoria si salvano più a lungo. Gli ammalati ricordano bene gli avvenimenti più importanti della loro infanzia e della loro giovinezza, ma non rammentano ciò che hanno fatto o udito il giorno avanti, un'ora, pochi minuti prima. Un vecchio demente semplice può discorrendo dimenticare il nome del suo interlocutore e domandarglielo più volte in breve tempo. Da questo difetto di memoria scaturisce naturalmente la mancanza di orientazione nel tempo: gli ammalati non sanno il giorno o il mese dell'anno, e sbagliano persino l'annata in corso. Così essi perdono, ed è caratteristico, la nozione della propria età, accusando meno anni del vero e spesso anche a dispetto della più elementare verosimiglianza. Se hanno avuto molti figli, ricorderanno abbastanza bene le date di nascita dei primi, cadranno invece nelle confusioni più grossolane per gli altri, facendo trasposizioni ed anche totali omissioni, dimenticando i nomi, non sapendo enumerare separatamente i maschi e le femmine. Con grande facilità è momentaneamente dimenticata la morte recente di stretti parenti, di figli, della moglie, del marito.

A parte lo stato di irrequietezza, di malumore e di irritabilità che si presenta quasi sempre in questi casi, il difetto percettivo e mnemonico provoca direttamente per conto proprio disturbi affettivi e convinzioni deliranti. Spesso gli ammalati non sono consapevoli della loro deficienza, persino individui quasi del tutto sordi possono giungere a sostenere di udire benissimo. Per questa loro incoscienza e per la barriera che li separa dal mondo esterno gli ammalati si credono trascurati e contraddetti a torto, mentre hanno frainteso. Donde nascono querimonie e recriminazioni che rasentano il delirio di persecuzione. D'altra parte l'umore è variabile e spesso può essere trascinato passivamente in un senso o nell'altro con suggestioni grossolane; una parola di lusinga all'amor proprio, un richiamo patetico o un ricordo commovente possono provocare le più clamorose manifestazioni affettive, pianti di gioia, singhiozzi di commozione.

Ma non tutti i vecchi sono così labili nel loro equilibrio affettivo; e ve ne sono di quelli che si dimostrano insensibili fino alla crudeltà.

La condotta di questi ammalati è sempre inspirata al contenuto demenziale della loro coscienza; dalle lacune della memoria, dal disorientamento nel tempo, dalle idee deliranti, dalla incoscienza del proprio stato sorgono i propositi più stravaganti: gli ammalati sognano matrimoni impossibili, almanaccano affari assurdi; sono disorientati anche negli atti più comuni della vita; e avendo perduta la nozione dell'ora e del calendario, sono indotti alla dissoluzione delle proprie abitudini: si levano di notte, vogliono andar fuori di casa intempestivamente e senza alcuna meta ben precisa. Un vecchio magistrato in pensione, essendosi stabilito a Firenze da poco più di un anno con la famiglia, si ostinava a passeggiar da solo; e parecchie volte gli accadde di smarrire la strada di casa sua, d'aver dimenticato l'indirizzo e di dover pernottare in un albergo, lasciando nell'apprensione la moglie e i figli. Eppure, all'infuori di questi incidenti, era ancora un uomo savio, affabile e di piacevole conversazione.

Sintomi amenziali. — Il disorientamento dei dementi senili, determinato dall'amnesia, è assai spesso aumentato transitoriamente da veri attacchi confusionali. Gli ammalati perdono allora non solo la nozione esatta del tempo, ma cadono nelle più grossolane illusioni circa al luogo in cui si trovano e talvolta persino circa alla propria personalità. Un presidente di 74 anni, sotto la suggestione della nuora che cercava di divertirlo economicamente, potè credere per vari giorni di seguito di trovarsi sopra un piroscafo in buona compagnia, facendo un viaggio di piacere. È una specie di stato di sogno nel quale gli ammalati passano lunghe ore, giorni interi, e da cui escono poi per ricuperare una relativa lucidità. Effettivamente poi questi malati durante la notte o nel frequente assopimento diurno vanno soggetti a sogni frequenti, e le immagini dei sogni, dato il disorientamento e la diminuzione dei poteri critici, si confondono intimamente coi ricordi della realtà. Tra la realtà un po' velata della veglia e le fantasmagorie abbastanza lucide d'un sonno superficiale non vi è davvero una grandissima differenza; e l'intersecarsi continuo di brevi sonni con brevi periodi di veglia aumenta la facilità di scambiarne i rispettivi ricordi. Così il mondo fantastico dei sogni si inquadra nella vita reale, e questi ammalati raccontano di aver fatto in breve ora un lungo viaggio, di essersi incontrati con persone lontane od anche defunte, di aver subito aggressioni da bande armate, di aver preso parte ad una festa da ballo. Un demente senile, durante l'interrogatorio del giudice nel processo d'interdizione, descrisse l'andirivieni notturno d'una casa da giuoco, l'illuminazione dei locali, gli schiamazzi che vi avvenivano, pretendendo che una simile casa esistesse dirimpetto alla sua, mentre poi risultò che nulla di tutto questo era vero; e il primo a convenirne fu lo stesso malato.

Il disordine confusionale può in certi casi essere accentuatissimo, in modo da imitare i quadri dell'amenza più grave, con verbigerazione incoerente, agitazione motoria, stati di angoscia o di spavento.

Sintomi a focolaio. — I sintomi a focolaio possono presentarsi nella demenza senile in modo passeggero, del tutto transitorio, comparendo senza ictus, durando pochi giorni e dileguandosi poi senza lasciare traccia. In questa forma compaiono assai spesso afasia motrice con relativa agrafia e più frequentemente ancora sordità verbale con parafasia e disgrafia. Forse anche ogni altra sorta di sintomi a focolaio potrà presentarsi egualmente, ma sfuggendo all'osservazione, che è troppo spesso ostacolata dallo stato mentale dei malati. Talvolta si ha, appunto senza ictus e in modo passeggero, una completa emiplegia. Queste forme di paralisi più estese persistono d'ordinario assai più delle forme circoscritte d'afasia e possono anche durare dei mesi dileguandosi poi senza residui visibili. I disturbi transitori a focolaio sono forse più frequenti in quei casi dove i sintomi confusionali sono più accentuati.

Assai più spesso però i sintomi a focolaio accusano con la loro stabilità la consueta origine da emorragie o da rammollimenti. Compaiono spesso con ictus apoplettico ed hanno all'inizio un'estensione imponente sospendendo la capacità motoria di tutto un lato; ma nel volgere di pochi giorni si circoscrivono considerevolmente e grado a grado si risolvono lasciandosi indietro uno stato di paresi. La lesione colpisce con maggior frequenza la capsula interna e i gangli della base. E in seguito a parecchi di questi ictus spesso si stabilisce una sindrome di paralisi pseudobulbare, o si hanno quelle del pianto e (più di rado) del riso spasmodico. Più stabili sono invece le paralisi che insorgono senza ictus, lentamente. Esse hanno per causa ordinaria rammollimenti della corteccia cerebrale con localizzazioni le più svariate e con analoghi sintomi.

Tra i fenomeni che derivano da lesioni a focolaio dobbiamo ancora menzionare le convulsioni epilettiformi, ora jacksoniane, ora generalizzate. Esse compaiono sempre tardivamente, quando già si sono manifestati uno o più focolai di paralisi.

VARIETÀ CLINICHE DELLA DEMENZA SENILE.

La demenza senile può presentarsi in una forma demenziale semplice, con predominio dei fatti di amnesia, di indebolimento critico, di pervertimento affettivo e morale. È frequente in questi casi la depressione melanconica. Più comuni sono però i casi in cui gli episodi confusionali rendono di tratto in tratto più tumultuario il decorso della malattia. I feno-

meni a focolaio possono talora mancare del tutto; invece in certi casi acquistano una importanza preponderante, tale da far quasi considerare la demenza come una conseguenza delle lesioni a focolaio. Sono i casi della così detta *demenza apoplettica*. Veramente anche in questi casi la demenza non è meno pronunciata che negli altri, e ad essa corrisponde il processo anatomico diffuso che è il substrato della demenza senile; i fenomeni a focolaio, che in individui giovani non giungerebbero mai a dare un quadro generale di decadenza psichica, non sono che un episodio, talvolta il più appariscente e quindi il primo a dare l'allarme, ma hanno radice nel medesimo processo d'arteriosclerosi cerebrale che determina la demenza senile.

Una distinta menzione meritano le *forme precoci* dell'arteriosclerosi cerebrale, a cui è stata conferita la qualifica di *presenili*. Esse sono così unite alla demenza senile per gradi e forme intermedie, che, sebbene clinicamente ed anatomicamente se ne allontanino un poco, non debbono restarne separate. In queste forme presenili d'arteriosclerosi cerebrale acquistano una importanza preponderante i fenomeni di lesione a focolaio, che per lo più si stabiliscono lentamente, ma possono anche iniziarsi in modo brusco, con un accesso apoplettiforme, con emiparesi od emiplegia. Psichicamente, con crescendo graduale, si notano indebolimento della memoria e del giudizio, euforia o depressione ipocondriaca, vari delirî. Furono descritte varie classi di demenza presenile che in realtà non si fondano sull'osservazione clinica, ma solo sull'anatomia patologica. Così Alzheimer ammette una *atrofia arteriosclerotica del cervello* e Binswanger una *encefalite subcorticale progressiva*, che sarebbero distinte tra di loro, come pure dalla vera demenza senile e persino dalle forme precoci di demenza senile. Ma in realtà, se si toglie il criterio dell'età e quello della mancanza o scarsezza dei segni somatici di senilità, non vi sono dal lato clinico caratteri sicuri per individualizzare la demenza presenile nelle sue varietà.

DECORSO.

L'arteriosclerosi cerebrale è sempre accompagnata, anche in fasi incipienti, da vari fenomeni subiettivi; cefalea spesso leggera, ma costante, senso di stordimento, vertigine, ronzio alle orecchie, debolezza irritabile, insonnia. Appunto questi sono spesso i sintomi prodromici della demenza senile, che si stabilisce in seguito con decorso lento e progressivo. Ma un tale inizio non è costante: a volte in individui appena leggermente indeboliti un trauma, una caduta, un trauma psichico, una malattia infettiva aprono la scena di una decadenza mentale rapida, tumultuaria, accom-

Facile è invece la confusione della paralisi progressiva con le forme di arteriosclerosi cerebrale presenili. E difatti BINSWANGER e ALZHEIMER si sono sforzati di distinguere i quadri della encefalite sottocorticale progressiva e della atrofia arteriosclerotica del cervello appunto dalla paralisi progressiva, con la quale venivano prima confuse. Benchè il quadro anatomico sia del tutto differente, pure clinicamente le differenze non sono tali da permettere sempre una netta diagnosi differenziale. La prevalenza di sintomi a focolaio con lento e progressivo sviluppo, la mancanza di alcuni tra i sintomi principali della paralisi, come ad es. i disturbi pupillari e la disartria, possono fornire buoni indizi, ma non dati sicuri. L'arteriosclerosi presenile ha un andamento più cronico ed i suoi delirî sono meno caratteristici.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Le autopsie danno nella demenza senile un abbondante raccolto di fatti patologici. Nell'esame macroscopico, oltre a tutti i caratteri di senilità che sono rilevabili sul vivo, si ha: assottigliamento della calotta cranica fino alla trasparenza, qua e là al contrario inspessimento della diploe. La dura aderisce fortemente al cranio, sì che in certi casi non è possibile staccarla. Le granulazioni di Pacchioni sono spiccatamente ipertrofiche e determinano profonde impronte nelle ossa craniche. Non è raro l'ematoma della dura madre. Le meningi molli si presentano inspessite ed opacate. Vi è costantemente un certo grado di idrocefalo esterno, corrispondente all'atrofia cerebrale. Anche i ventricoli sono dilatati. Il peso del cervello è inferiore alla norma; numerosi confronti dimostrano una diminuzione da 150 a 200 grammi. Le circonvoluzioni si presentano assottigliate e i solchi allargati. I vasi cerebrali, specialmente i grossi vasi della base, presentano evidenti alterazioni arteriosclerotiche, che spesso si possono seguire anche nelle piccole arterie. La corteccia cerebrale può presentare focolai di rammollimento ischemico. Nei gangli della base e nella capsula interna sono frequenti le *lacune di disintegrazione perivascolare* (fig. 103).

L'esame degli altri visceri pone in evidenza il processo di arteriosclerosi diffusa: importantissimi tra gli altri sono i fatti di arteriosclerosi cardiaca e renale. L'aorta è spesso dilatata, ateromasica; le arterie degli arti inspessite, dure.

Microscopicamente, anche nei casi più miti, è facile rilevare un processo di atrofia diffusa negli elementi nervosi, al quale si contrappone un aumento della nevroglia. Le cellule nervose sono impiccolite, atrofiche

Un'importanza grandissima hanno però ad ogni modo le malattie pregresse, specialmente tossiche e infettive, e in particolar modo l'alcoolismo e la sifilide.

CURA.

Una cura razionale dovrebbe tendere a debellare l'affezione fondamentale dell'organismo, l'arteriosclerosi. Ma bisogna confessare che contro questa malattia la terapia è disarmata. Di effetto assai problematico sono le piccole dosi di preparati iodici che abitualmente sogliono prescriversi e non meno problematici sono gli effetti dei vari sieri salini recentemente proposti contro l'arteriosclerosi. Il compito del medico deve forzatamente limitarsi all'igiene dietetica, all'inibizione degli eccessi nell'uso di qualunque bevanda, ad una costante sorveglianza sulle funzioni renali. L'alcool si può impiegare come cardiocinetico e come ipnotico. L'oppio e la morfina giovano negli stati di agitazione. È ovvio che l'assistenza personale e la pulizia debbono essere curate al massimo grado.

Emorragia, Embolia, Trombosi cerebrale.

L'emorragia cerebrale avviene per arteriosclerosi senile o presenile, ed anche nei giovani può seguire ad alterazioni più o meno circoscritte dei vasi cerebrali, specialmente d'origine sifilitica. Inoltre, anche in soggetti d'età avanzata, non sempre l'alterazione dei tronchi arteriosi principali implica una lesione diffusa delle minime diramazioni, tale da danneggiare largamente gli elementi nervosi della corteccia. L'embolia cerebrale può colpire soggetti di qualunque età in seguito a processi morbosi del tutto estranei al cervello, generalmente in seguito ad affezioni del cuore sinistro. La trombosi cerebrale dipende bensì da lesioni locali dei vasi, almeno il più delle volte, ma queste lesioni non sono necessariamente diffuse e generalizzate. Insomma si possono avere lesioni a focolaio anche in cervelli validi, sicchè il quadro morboso è dominato da sintomi di lesione a focolaio che non sono nè sopraffatti, nè velati dalla sindrome di lesioni diffuse, al contrario di ciò che avviene quando invece gli stessi focolai si producono in cervelli invalidi di dementi senili. Più specialmente interessano la psichiatria le lesioni corticali: meno frequenti nel caso dell'emorragia cerebrale, più frequenti in quello della embolia o della trombosi.

Sull'inizio dell'affezione i sintomi non si limitano al focolaio; primeggiano anzi i sintomi generalizzati che si devono agli stimoli ed alle inibizioni irra-

distinguendo parti lese alle parti sane. Anzitutto non v'è, si può dire, apoplessia con ictus che non si accompagni ad incoscienza o coma. Ed ogni volta che si stabilisce una lesione a focolaio i sintomi di difetto sono sempre maggiori di quelli che residuano poi in seguito. Si hanno inoltre disturbi funzionali più o meno accentuati: nel campo psichico non è infrequente uno stato confusionale più o meno accentuato, con grave disorientamento, talvolta anche con allucinazioni, che può durare pochi giorni, al più una settimana. Poi grado a grado si circoscrive sempre più nettamente il quadro stabile della malattia, cioè il complesso dei sintomi di difetto.

Più importanti dal punto di vista psicologico sono naturalmente le lesioni che colpiscono i centri associativi, sede di immagini rappresentative, di simboli, di ricordi, senza dei quali non è possibile l'evocazione mnemonica e il riconoscimento. Secondo la sede della lesione si hanno le più diverse forme di agnosia. Si tratta generalmente di agnosie più o meno incomplete e miste e la gravità dei fenomeni presenta sempre oscillazioni in meglio o in peggio da un giorno all'altro. Importantissime sono la sordità psichica, la cecità psichica, l'astereognosia. Ancor più importanti le alterazioni del linguaggio nelle forme più o meno gravi di *afasia motrice*, *afasia amnestica*, *sordità verbale* e *cecità verbale*. Benchè tutte queste forme morbose rappresentino un disturbo parzialissimo dell'intelligenza, pure fanno sentire il loro effetto pernicioso su tutta l'intelligenza; e se non alterano il giudizio, intralciano però la corrente del pensiero, rendendola stentata e frammentaria. Assai più dell'afasia motrice e della amnestica è dannosa la sordità verbale, nella quale non solo è turbata o soppressa la comprensione della parola udita, ma anche la espressione spontanea del linguaggio è costantemente sconciata sotto forma di *parafasia*. La parafasia può raggiungere proporzioni tali, da dare ad un esame superficiale l'impressione di una grave confusione mentale, e difatti i sordi verbali vengono assai più spesso degli afasici motori scambiati per pazzi confusi e mandati al manicomio. Un esame accurato mostra tuttavia che il disturbo ideativo è sempre assai minore di quel che pare.

Altre forme di *asimbolia* si riferiscono alle rappresentazioni degli atti e sono dunque *aprassie*. Tali casi di aprassia ricopiano nel loro meccanismo le forme dell'afasia, potendo dipendere dalla perdita delle immagini sensorie (tattili, visive, uditive) che determinano gli atti, oppure dalla perdita delle immagini motorie o cinestetiche.

I fenomeni amnestici e dissociativi che derivano da tutte queste lesioni a focolaio consistono nella perdita di simboli determinati per categorie. Ma per quanto si tratti di simboli circoscritti e sistematici, le funzioni psichiche ne risentono una ripercussione generale soprattutto sulla memoria.

Prima a soffrirne è la attenzione volontaria: un afasico motore intende bene ciò che gli si dice ed è in grado di eseguire immediatamente qualunque ordine gli venga dato, ma non è più capace di una esecuzione esatta se tra l'ordine e l'esecuzione deve intercorrere un certo tempo.

Anche lo stato affettivo è più o meno alterato: molti ammalati sono di umore depresso, facilmente piangono e si lasciano trascinare passivamente alla commozione. Tra i sordi verbali è frequente la *verbosità parafasica*, non di rado unita ad uno stato di leggero eccitamento. I sentimenti morali sono spesso affievoliti per l'attuarsi delle preoccupazioni ipocondriache e per la spensieratezza che è propria dello stato euforico.

In seguito a lesioni a focolaio, comunque localizzate, ma dopo qualche tempo, probabilmente per una azione irritativa della cicatrice cerebrale, possono scoppiare accessi epilettici, ora localizzati, ora generali. A questi accessi sono legate tutte le ordinarie sequele di complicazioni, sicchè si possono avere stati confusionali e di eccitamento postepilettici, e, se gli accessi sono assai frequenti, i malati cadono in uno stato di indebolimento mentale progressivo con ottusità morale completa e carattere epilettico, come nell'epilessia congenita.

Parallelamente all'evoluzione anatomica della lesione cerebrale si ha un'evoluzione dei sintomi. Qualche mese dopo l'inizio dell'affezione, si stabilisce un complesso di difetto funzionale che si mantiene poi stazionario pressochè indefinitamente. I compensi funzionali che nell'età infantile sono possibili e talvolta completi, nell'adulto sono oltremodo difficili; e la rieducazione nelle afasie, difficile e faticosa, dà sempre risultati assai scarsi. Data la natura delle affezioni che determinano primitivamente l'emorragia, l'embolia e la trombosi, è chiaro che questi processi, anche se non sono progressivi, possono ripetersi e condurre con successivi attacchi ad una decadenza sempre più grave delle funzioni mentali. Non di rado la morte avviene al sopraggiungere di nuove lesioni cerebrali.

La sifilide cerebrale.

La sifilide può agire in vario modo sui centri nervosi, determinando quadri morbosi diversi. Può anzitutto cagionare un'alterazione primitiva del sangue che segue all'infezione e che esercita un'azione generale su tutto l'organismo, per conseguenza anche sui centri nervosi. In questo caso si ha il quadro comune delle psicosi tossiche confusionali; e, nonostante la specificità della causa, la malattia non si distingue sintoma-

ticamente dalle altre forme di amenza. Si ha dunque un'amenza sifilitica con fenomeni allucinatori e confusionali.

La sifilide sconvolge l'intelligenza anche in modo indiretto, per mezzo dell'alterazione che indico nel ricambio a lunga scadenza. Questa alterazione, a cui molti sifilitici si sottraggono, è deleteria per il sistema nervoso. Si tratta di un processo metasifilitico, e la malattia mentale che ne risulta è la paralisi progressiva.

Ma la sifilide può produrre anche malattie locali del cervello con processi di meningite sifilitica, con alterazioni dei vasi, con gomme. Di questa sifilide cerebrale in senso stretto noi dobbiamo qui occuparci.

La meningite sifilitica, gommosa, si localizza prevalentemente alla base del cervello; è più rara sulla convessità. La localizzazione basilare si rivela, come è noto, soprattutto con paresi o paralisi dei nervi cranici, per esempio degli oculomotori, con la neurite ottica, con paresi agli arti, con disturbi disartrici della parola: fenomeni più o meno diffusi ed accentuati secondo la localizzazione del processo, caso per caso. La localizzazione sulla convessità dà luogo principalmente a fatti di epilessia jacksoniana o ad accessi generalizzati (epilessia da sifilide cerebrale), svariati fenomeni monoparetici, disturbi afasici. Le gomme isolate e voluminose possono formarsi dovunque, con sintomi a focolaio. Ma qualche volta processi localizzati sono sopraffatti da alterazioni diffuse dei vasi, che ne inspessiscono in modo caratteristico la parete e che ne restringono il lume talvolta fino alla totale obliterazione. Anche in questi casi non mancano i sintomi localizzati, soprattutto per le emorragie, le trombosi e i successivi rammollimenti, che provengano dalla lesione di vasi non troppo piccoli; ma il maggiore interesse spetta allora ai fenomeni mentali, che possono in queste forme diffuse assumere una importanza notevole.

Qualunque sia la localizzazione o la estensione del processo sifilitico cerebrale, è ben raro che non si presentino disturbi mentali, per lo meno in forma di semplice difetto. E ciò non solo per l'azione locale del processo sifilitico sulla regione in cui esso si impianta, ma anche per i disturbi generali del circolo nel cervello e fors'anche per un'azione tossica che va al di là dell'appariscente localizzazione anatomica.

Il modo di presentarsi dei disturbi mentali varia molto da caso a caso. Possono aversi fatti di demenza che si vanno manifestando lentamente e in modo progressivo, mentre al tempo stesso si mostrano i fenomeni motori della sifilide cerebrale. O possono prima manifestarsi in modo imponente questi sintomi per un certo tempo, sopraggiungendo in seguito come complicazione stati di sopore o di confusione, che recedono lasciandosi dietro un difetto mentale. Oppure possono aversi ad un tratto gravi fenomeni di paralisi, preceduti soltanto da scarsi segni prodromici, per

Tumori cerebrali.

I tumori cerebrali danno luogo a fenomeni psicopatici anzitutto per l'azione locale sui tessuti in cui si sviluppano, in secondo luogo per la loro influenza indiretta su tutta la corteccia. I disturbi circolatori che accompagnano i tumori, l'aumento della pressione endocranica, l'elaborazione di sostanze tossiche che si versano direttamente nel tessuto nervoso o nel liquido cefalo-rachidiano esercitano qualche volta un'azione più grave ed evidente del tumore stesso.

I sintomi a focolaio variano assai secondo la localizzazione, la rapidità di sviluppo e a seconda che il tumore compenetra o no il tessuto nervoso. Tumori che si sviluppano all'intorno degli elementi nervosi e molto lentamente danno il minimum di sintomi locali; talvolta anzi i sintomi possono mancare del tutto, sicchè il tumore è una vera sorpresa di autopsia. Quando invece lo sviluppo del tumore è sollecito e determina una rapida disorganizzazione del tessuto nervoso contiguo o è circondato da zone in cui si verificano emorragie, i sintomi a focolaio sono assai più accentuati.

Circa alla sede, i sintomi sono da interpretare al solito secondo la topografia funzionale della corteccia. Dal punto di vista psichiatrico ha una certa importanza la questione se ai tumori della regione prefrontale si associ uno speciale corteo di sintomi psichici. Le opinioni di HITZIG, WUNDT, BIANCHI, FERRIER, FLECHSIG sulle funzioni della regione prefrontale giustificano pienamente la supposizione clinica che la lesione di questo vasto territorio debba più d'ogni altra riuscir dannosa per le funzioni mentali. E non pochi casi clinici vengono citati in appoggio di questa opinione. Si è voluto perfino rinvenire un segno patognomonico per le lesioni prefrontali del cervello nella tendenza ai giuochi di parole (Witzelsucht).

L'indebolimento mentale per tumore della regione prefrontale è nella maggior parte dei casi molto evidente; ma ad ogni modo esso non basta a dare indicazioni chiare e sicure sulla sede della malattia. Può avvenire che l'indebolimento mentale manchi nei tumori prefrontali, mentre d'altra parte può essere accentuatissimo in lesioni poste all'infuori di questa regione cerebrale. Ciò si spiega in gran parte con le influenze indirette che il tumore esercita a distanza su tutta la corteccia. E d'altra parte nelle lesioni della regione prerolandica con demenza, non tutto il quadro psichico deve essere attribuito al fatto locale. Come giustamente osserva EDUARD MÜLLER, le lesioni croniche di tutta la corteccia cerebrale sono tanto più facili nei tumori del lobo frontale in quanto questi hanno un decorso più lento e solo tardivamente conducono a morte. Quando poi

alla tendenza ai giuochi di parole, essa si può riscontrare in ogni sorta di processi cronici conducenti a demenza.

Le azioni diffuse che si esercitano sul cervello per opera dei tumori cerebrali rallentano i processi psichici e deprimono l'affettività. Gli ammalati sono tardi, ottusi, afferrano difficilmente le impressioni sensoriali, non sono capaci di attenzione protratta, dimenticano tutto. Eppure, talvolta sotto le apparenze di una profonda demenza si ha conservazione abbastanza completa dei poteri critici; gli ammalati, purchè vengano interrogati con insistenza e tratti con stimoli sensoriali energici e ripetuti dal loro torpore, mostrano di comprendere correttamente l'ambiente e dànno risposte sensate. Da uno stato di semplice ottundimento psichico si va per gradi sino alla sonnolenza, a un vero sonno profondo, dal quale solo gli stimoli energici svegliano per un momento, al sopore, al coma. È notevole che il fenomeno della sonnolenza è assai più frequente nei tumori della regione dell'ipofisi e del terzo ventricolo: probabilmente questi tumori influiscono sui vasi della base del cervello (Bruns).

Questa sintomatologia di ritardo psichico e di depressione, benchè frequentissima, non è la sola che si possa osservare. Talvolta, probabilmente per effetto di sostanze tossiche segregate dai tumori o per disturbi speciali di circolo, si presenta il quadro della confusione allucinatoria.

I tumori più perniciosi dal punto di vista dei disturbi psichici sono i sarcomi. In età giovanile pare che la tolleranza del cervello sia maggiore che in età adulta. Qualche volta il tumore si associa a forme di psicosi svariate, quali si possono produrre indipendentemente dai neoplasmi del cervello. È probabile che in tali casi il tumore, per lo più assai circoscritto, agisca come causa predisponente alla psicopatia.

L'estirpazione dei tumori cerebrali può essere seguita da buon successo quando il tumore sia facilmente isolabile dal tessuto nervoso e non dia luogo per sua natura a recidive. In ogni caso, l'effetto più spiccato si ha sui sintomi generali e indiretti, non sui sintomi diretti e locali.

Gli *ascessi cerebrali* danno luogo ad una sintomatologia del tutto identica a quella dei tumori.

La sclerosi a placche.

Nella sclerosi a placche è quasi costante un indebolimento mentale più o meno accentuato. I malati sono ottusi, scadono nella capacità di attenzione e nella memoria senza peraltro gravi disturbi di giudizio o deliri. Per gradi si può giungere sino alla più profonda demenza. Lo stato d'animo è spesso depresso, talvolta variabile, in qualche caso irritabile. Il decorso è progressivo, talvolta con lunghe remissioni.

La diagnosi differenziale può presentare qualche volta punti oscuri in riguardo alla paralisi progressiva, sopratutto della forma spastica, di cui può essere ricopiata fedelmente la sintomatologia psichica. Elementi importantissimi per la diagnosi sono in ogni caso i sintomi motori, le paresi spasmodiche, il tremore intenzionale, il nistagmo, la parola scandita.

Il processo anatomo-patologico consiste in una gliosi intensissima localizzata alle placche di sclerosi; la colorazione elettiva col metodo di Weigert mette in evidenza le fibrille di nevroglia neoformate in un intreccio fittissimo. È caratteristica delle placche di sclerosi la relativa integrità dei cilindrassi nonostante la perdita completa della loro guaina mielinica. Solo in secondo tempo, quando l'alterazione è assai inoltrata, si ha l'interruzione anatomica e funzionale dei cilindrassi e la conseguente degenerazione secondaria. Nella corteccia si osservano peraltro, anche all'infuori delle placche di sclerosi, lesioni degenerative diffuse delle cellule e delle fibre nervose.

I traumi al capo.

I traumi al capo possono determinare fenomeni psicopatici in più modi, con meccanismo del tutto diverso. Può anzitutto il trauma produrre un effetto psichico come quando cade in qualsiasi altra parte del corpo e così dar luogo, magari per semplice spavento, all'isterismo traumatico. Ma in questo caso non è la diretta azione meccanica che entra in giuoco.

I traumi al capo possono determinare fenomeni di lesione a focolaio nei casi di frattura del cranio con avvallamento, di copiose emorragie, di contusioni cerebrali. Questi fenomeni a focolaio non differiscono da quelli prodotti per tutt'altre cause. Come effetto tardivo si possono sviluppare accessi epilettici jacksoniani o generalizzati, e in questo caso a lungo andare si possono presentare tutti i fenomeni accessori dell'epilessia, pervertimento del carattere, indebolimento dell'intelligenza, stati confusionali pre- e postepilettici.

Ma anche quando non ci siano lesioni grossolane a focolaio, i traumi al capo possono provocare fenomeni caratteristici, che seguono o immediatamente dopo il trauma, oppure a scadenza più o meno remota. Subito dopo il trauma si ha generalmente uno stato di completa incoscienza, di varia durata, dal quale si esce abbastanza rapidamente. È caratteristico il fatto che il paziente ha amnesia completa dell'accaduto e spesso anche del tempo antecedente per un periodo di qualche ora o più. È come se lo shock traumatico cancellasse tutte le tracce mnemoniche più recenti.

Quando si dileguano questi fatti immediatamente successivi all'accidente,

si ha un periodo di ritorno allo stato normale, che può durare parecchi mesi; ma in seguito lentamente, insidiosamente si stabilisce un progressivo indebolimento mentale. Qualche volta solo in capo a molti mesi esso è nettamente riconoscibile. L'ammalato è smemorato, si stanca facilmente, si lagna di oppressione al capo, di ronzio agli orecchi, di vertigine. Spesso diventa di umore irritabile, in preda a continua tristezza, è preoccupato della sua salute, diventa indifferente per gli altri, eticamente indebolito, e si dà agli eccessi alcoolici.

Lentamente e progressivamente possono anche comparire segni di deficienza motoria agli arti, tremore alla lingua ed alle mani, esagerazione dei riflessi, di rado disartria e rigidità pupillare.

Il decorso è per qualche tempo progressivo, poi si arresta ad uno stato di demenza più o meno accentuata. La morte avviene quasi sempre per malattie intercorrenti.

In certi casi la malattia è difficilmente distinguibile dalla paralisi progressiva, anche perchè i traumi al capo possono essere di questa una causa occasionale. Mancano però nella demenza traumatica gli stati caratteristici di eccitamento, i delirî tumultuosi, e i sintomi organici sono più scarsi. Il decorso, che in fase inoltrata assume un andamento stazionario, può nei casi più dubbi chiarire la diagnosi.

La demenza traumatica non deve considerarsi come un effetto di lesioni puramente funzionali. L'esame anatomico della corteccia rivela la presenza di piccoli e vecchi focolai emorragici trasformati in focolai di gliosi: si osservano cicatrici gliotiche contenenti ancora del pigmento sanguigno. Si riscontrano anche cavità cistiche, piccole zone di rammollimento, lesioni croniche diffuse. Si deve dunque ammettere che all'atto del trauma avvengano piccole lesioni diffuse che poi diventano punto di partenza ad un processo cronico di gliosi e di degenerazione degli elementi nervosi.

CAPITOLO XVII.

Le psicosi affettive

Le due sindromi della depressione sentimentale e dell'esaltamento possono presentarsi col carattere di episodi effimeri, incompleti e non necessari nel decorso di qualunque malattia mentale. Ma esse raggiungono un'importanza essenziale nella *melancolia* e nella *mania*, che sono dal primo momento fino all'ultimo vere malattie dell'affettività e che, anche quando degenerano in deliri di pensiero o di condotta, conservano sempre le traccie della loro origine affettiva.

L'individualità clinica della melancolia e della mania, l'antagonismo facilmente visibile dei loro sintomi e la posizione caratteristica delle due malattie fra le psicosi più schiettamente acute sono, per la psichiatria, una nozione delle più antiche. Nel 1883 KRAFFT EBING, dividendo le malattie mentali in due grandi gruppi, quello delle forme acute o accidentali o psiconeurosi e quello delle forme croniche o costituzionali o degenerative, poneva ancora la melancolia e la mania a capo del primo gruppo. I degenerati erano anormali votati ad una pazzia irrimediabile fin dalla nascita o dalla prima infanzia, i melancolici ed i maniaci dovevano invece considerarsi come personalità valide, armoniche, che ammalavano una volta tanto sotto il turbine fortuito d'una causa esterna. Salvo nei casi, che allora sembravano rari, di riconosciuta periodicità, la melancolia e la mania, mentre stavano in antitesi fra di loro per ciò che riguarda i sintomi, erano l'antitesi delle psicosi degenerative per ciò che riguarda le cause e il decorso.

Questo modo di vedere non era rimasto scosso dall'esistenza delle forme periodiche o quindi croniche, in cui l'accesso melancolico e l'accesso maniaco si ripetono molte volte ciascuno per conto proprio o si avvicendano indefinitamente fra di loro nello stesso individuo con alternative regolari. E infatti, se la *melancolia periodica* o la *mania periodica*, a motivo della loro natura evidentemente costituzionale, erano costrette ad

abbandonare la compagnia delle psicosi acute ed accidentali, ciò non impediva alle forme non periodiche di pura melancolia e di pura mania di restare dov'erano, cioè fra le malattie acute da causa esterna. Similmente, la possibilità d'una psicosi *mista*, in cui la melancolia e la mania si associano, non era e non è un motivo sufficiente per identificare le due psicosi anche quando si presentano separate, sia con un unico accesso, sia con una serie d'accessi reiterati, ma del medesimo genere, come in realtà avviene e abbastanza di spesso.

Il primo attentato all'indipendenza della melancolia e della mania è quello compiuto da KAHLBAUM nel 1863, quando avvicinò la sindrome depressiva alla sindrome d'esaltamento, considerandole sempre e sistematicamente come due semplici stadî della medesima psicopatia, la *vesania typica*. Tutto per KAHLBAUM era vesania typica: tranne i casi di paralisi progressiva, di paranoia, d'epilessia, d'isterismo, d'alcoolismo e d'imbecillità, questa psicopatia complessa e quasi sempre cronica avrebbe dovuto comprendere la grandissima maggioranza degli alienati, cioè tutti i dementi e tutti i possibili candidati alla demenza, anche se, guarendo, riuscivano a sfuggirla. La vesania typica, nella sua forma classica, si scomponeva in quattro fasi: melancolia, mania, confusione (*Verwirrtheit*) e demenza terminale. Se quest'ordine era scompigliato o se gli stadî erano ridotti di numero, magari ad uno solo, si aveva egualmente la vesania, benchè sotto forma frusta. Insomma, ciò che fino allora si era chiamato col nome di melancolia e di mania non doveva più riguardarsi che appunto come una varietà incompleta del processo vesanico, sia che l'episodio depressivo o d'esaltamento si risolvesse nella guarigione, sia che terminasse nella demenza.

Le idee di KAHLBAUM furono raccolte da ARNDT e da altri alienisti tedeschi, ed ora tornano a godere qualche favore. Nella loro indeterminatezza ed artificiosità esse contengono germi che non rimasero del tutto sterili. Per quanto la vesania typica sia un fantasma privo di consistenza pratica, KAHLBAUM ne seppe isolare felicemente due varietà molto importanti. Sotto la denominazione nuova d'*ebefrenia* egli aveva descritto quella forma della demenza giovanile che nel suo decorso tempestoso sfiora tutte le sindromi possibili e realizza veramente il concetto polimorfo della vesania typica. Sotto il nome di *catatonia* aveva raccolto nel 1874 un altro insieme di sintomi che, oltre ad arieggiare l'ebefrenia per la loro insorgenza durante la pubertà, si riattaccano al polimorfismo vesanico per il loro decorso lento e tortuoso. Ma il torto di KAHLBAUM fu di voler arricchire il contingente della vesania con le spoglie della melancolia, della mania e dell'amenza, allora poco nota, togliendo ogni individualità a quei casi genuini e puri di melancolia, di mania e d'amenza che non hanno

Alla psicosi maniaco-depressiva vanno ascritti, secondo KRAEPELIN, non solo i casi classici di *pazzia circolare* o a *doppia forma* ed alternante, che nessuno disconosceva, ma anche quelle forme di pazzia che si affermano: 1.° con accessi non rigorosamente alterni di melancolia e di mania; 2.° con accessi non rigorosamente periodici di melancolia o di mania (separatamente); 3.° con recidive similari, ma a lunghissimo intervallo o in numero scarsissimo, anche ridotte ad una serie di soli due termini; 4.° persino con un solo accesso di melancolia (non involutiva) o con un solo accesso di mania, in quanto non si può escludere la parentela patogenetica e sintomatica di questi casi unaccessuali coi casi recidivanti e coi casi misti, nè la possibilità che al primo accesso non ne tenga dietro un altro, simile o dissimile, in un avvenire più o meno lontano.

La psichiatria dei nostri avi esagerò certamente il valore della distinzione clinica tra mania e melancolia, facendone i due fulcri della classificazione nosografica; ma il tentativo di KRAEPELIN in senso diametralmente opposto non è meno forzato. La sua argomentazione si basa sopra una serie concatenata di passaggi, in parte evidenti, in parte ipotetici, dalla mania semplice alla mania periodica, alla psicosi maniaco-depressiva, alla pazzia circolare; e dalla pazzia circolare, volgendo in senso contrario, di nuovo alla psicosi maniaco-depressiva, quindi alla melancolia periodica ed alla melancolia semplice. Donde risulterebbe che mania e melancolia sono all'incirca la stessa cosa, cioè due aspetti della psicosi maniaco-depressiva, che è il termine fondamentale della serie.

Ora, il primo passaggio è abbastanza naturale. I casi di mania semplice (senza recidive) sono talmente scarsi, e quando si presentano sono così somiglianti ai periodici, ed è così difficile vedervi una causa specifica o occasionale all'infuori della diatesi costituzionale che sta a base certo (oscura e misteriosa) della mania periodica, che sembrerebbe artificiosa ogni separazione tra le forme di mania semplice e quelle di mania recidivante.

Ma il secondo passaggio, in quanto attribuisce lo stesso valore agli accessi d'esaltamento ed a quelli di depressione, ha tutta l'aria d'una ipotesi inutile. Se anche la mania periodica e la psicosi maniaco-depressiva dipendessero dalla medesima causa, sarebbe sempre necessario ed opportuno studiare il perchè e tener conto del come si manifestino con sintomi così sostanzialmente diversi. La stessa riserva si deve opporre al passaggio dalla melancolia periodica alla psicosi maniaco-depressiva. La melancolia con recidive *similari* (melancolia più o meno periodica) è un fatto dei più comuni, e coglie con frequenza straordinaria persone di carattere *serio* e del tutto immuni da tendenze maniache. Collocare questi casi di melancolia, in cui la diatesi melancolica si rivela così ostinatamente senz'ombra d'eccitamento maniaco, tra le varietà incomplete di psicosi maniaco-de-

pressiva solo perchè una simile miscela di sintomi si verifica qualche volta in altri individui, è un vero abuso di ragionamento.

Anche l'ultimo passaggio dalla melancolia periodica alla melancolia pura non è molto ovvio. Se si deve riconoscere che i maniaci sono quasi sempre candidati di ritorno, non si può dire lo stesso di tutti i melancolici. Al contrario, ve n'è un buon numero, in cui l'accesso depressivo non si riproduce. Quando nel corso d'una vita lunga e serena si trova un lieve ed unico episodio di melancolia sotto l'azione d'una causa esogena de-finita, occasionale, come sarebbero una serie di sventure gravissime e ravvicinate, un puerperio difficile, un'anemia profonda per emorragia, un allattamento eccessivo, si deve concludere che la predisposizione personale o innata del tutto od è così debole, da potersi trascurare. In questi casi la melancolia non si allontana dal novero delle psicosi acute e non merita d'essere classificata gratuitamente fra quelle che provengono da cause interne, nè d'andar confusa con le forme periodiche e miste.

Di tutta la costruzione, più dialettica che clinica, finora esposta non restano in piedi che alcuni principî: 1.° che le manie pure, a differenza dalle melancolie, sono assai soggette alle recidive e forse dipendono sempre da una diatesi interna; 2.° che le psicosi circolari con alternative discordi di melancolia e mania possono assumere frequentemente la forma frusta o di psicosi maniaco-depressiva; 3.° che alcuni casi di mania con parecchie recidive similari possono sul più bello, per esempio al terzo o quarto accesso, tramutarsi in psicosi maniaco-depressiva per l'inaspettata comparsa di un accesso melancolico; 4.° che la stessa metamorfosi può manifestarsi, per verità assai di raro, dopo una serie di accessi melancolici.

Queste eventualità cliniche stringono certamente i rapporti fra mania e melancolia, attenuandone l'antagonismo, ma non bastano a sopprimere l'autonomia di due psicosi così diverse nelle loro sindromi e così frequentemente incompatibili in una stessa personalità come sono appunto la melancolia e la mania. Uno spoglio statistico di Gucci sopra 1123 fra melancolici, maniaci e maniaco-depressivi, che passarono pel manicomio di Firenze dall'anno 1844 al 1898, dimostra che hanno recidivato sempre con mania 423 casi, sempre con melancolia 498, con mania e con melancolia insieme soli 202. Si sono dunque avuti 921 casi nei quali si è ripetuta più volte la stessa ed identica sindrome morbosa contro 202 nei quali le due sindromi si sono frammischiate.

Si deve dunque concludere che esiste una diatesi melancolica, che esiste parimenti una diatesi maniaca, e che l'associazione delle due diatesi è un fatto più o meno frequente, ma tutt'altro che ordinario. Quanto alla melancolia, essa può manifestarsi anche in forma acuta, con un accesso

fra le psicosi costituzionali è dunque quello della sua *periodicità accertata* ed accertabile. Un criterio subordinato e del resto infido sarebbe anche quello della sproporzione fra la presunta causa occasionale e la gravità della reazione affettiva. Tanto l'uno come l'altro di questi criteri non ha, come abbiamo indicato, che un valore individuale; ed anche in così modesti limiti d'applicazione il giudizio non sarà mai assoluto. Infatti, come si fa a ragguagliare la misura del disturbo affettivo alla causa morale o materiale che sembra averlo prodotto? E, dato il criterio della periodicità, come distinguere due recidive, che si sono ripetute pel ripetersi delle stesse cause occasionali, da una breve serie di accessi dovuti ad una causa interna ed immanente? Per dire il vero, l'esistenza d'una causa costituzionale è quasi totalmente al riparo da incertezze in tutti i casi di psicosi a *doppia forma*, per pochi che siano gli accessi. Ma di fronte alle melancolie ed alle manie che si svolgono con accessi similari in piccolo numero e con intervallo di venti o trent'anni, è sempre lecito il dubbio che il puro caso, rinnovando l'azione della causa esterna, abbia potuto rinnovare anche l'effetto.

Del resto, l'identità della patogenesi fra tutte le psicosi affettive, che KRAEPELIN ha voluto *consacrare* nell'*unità clinica* d'una peculiar forma maniaco-depressiva, non ha che un interesse teorico. Praticamente, per la felicità del malato, per la maniera di curarlo e per le cautele da adottarsi in previsione dell'avvenire, contano assai più la frequenza o rarità degli accessi e la distinzione tra accesso melancolico ed *accesso maniaco*, che la loro confusione nello stesso crogiuolo della psicosi maniaco-depressiva. Tra chi va incontro ad un accesso di melancolia e potrà soffrirne un'altra volta in capo a quarant'anni e chi soffre quasi ininterrottamente di accessi similari di melancolia o di mania, la differenza è troppo grande per restar soppressa dall'ipotetica analogia delle cause morbose.

1. — Melancolia.

Col nome di *melancolia* o di *lipemania* (ESQUIROL) si designa una sindrome esclusivamente o prevalentemente affettiva che decorre in modo acuto o subacuto, e la cui manifestazione essenziale è una morbosa ed intensa tristezza. Da un lato, cioè nelle sue forme leggiere, la melancolia si scosta poco dalla normalità; e tanto meno poi, se come movente decisivo del processo melancolico, si può accampare una disgrazia realmente avvenuta. Dall'altro lato, cioè in quanto può complicarsi con disturbi gravi del ragionamento e della coscienza, la melancolia è capace di simulare i sintomi della paranoia, dell'amenza e di altre malattie men-

tali che intaccano profondamente l'intelligenza. Con tutto ciò, essa conserva sempre il proprio carattere, che è dei più tipici e che non permette alcun equivoco di diagnosi. Nella melancolia le irregolarità dell'ideazione e della condotta, se ve n'è, sono sempre d'origine sentimentale.

SINTOMI.

Dolorabilità psichica. — La tristezza del melancolico ha la sua sorgente perenne in una speciale *dolorabilità psichica*. Ogni impressione che arriva alla coscienza determina o piuttosto ribadisce uno stato d'animo più o meno spiacevole e duraturo, che dal semplice tedio o spleen può andare fino all'angoscia. Questo dolore psichico è alimentato e reso continuo dalla frequenza inevitabile con cui si seguono i molteplici stimoli del mondo esterno. Per quanto il melancolico cerchi d'isolarsi il più che è possibile, è esposto incessantemente a cause innumerevoli di dolore; le impressioni più indifferenti gli riescono disgustose, le più gradite hanno perduto la proprietà di far vibrare il suo cervello piacevolmente. Alle importazioni desolanti del di fuori si aggiunge il lavoro interno dei processi associativi, che è costantemente orientato verso le rappresentazioni dolorose e sinistre.

Fig. 184. — Melancolia con viva espressione di tristezza; delirio ipocondriaco.

Le interpretazioni, le rimembranze e le previsioni, sia che si riferiscano alla propria persona, sia che riguardino gli altri, si inspirano al più disperato pessimismo; per una specie di affinità elettiva, vengono evocate e fissate nella coscienza tutte le immagini più lugubri, mentre sono respinte o non si affacciano le altre.

Il melancolico, vittima di questa selezione interna delle immagini, non solo si sente infelice, ma perde anche la capacità di rappresentarsi nettamente ciò che rallegra o conforta la vita. Finchè non è liberato dalla melancolia, non solo è infelicissimo, ma, per un errore di prospettiva, spesso si convince d'essere sempre stato infelice, crede di dover restare perpetuamente sotto l'incubo del dolore, e ravvisa nelle persone che lo

circondano altrettanti sventurati, che solo per un eccesso di spensieratezza possono qualche volta compiacersi d'una felicità effimera ed apparente.

Se la malattia non oltrepassa questo primo grado d'intensità, come avviene spessissimo, e se per di più il malato è molto intelligente, essa può acuire l'indagine introspettiva e suggerire un pessimismo abbastanza coerente, che in casi eccezionali si eleva ad altezza lirica o filosofica. Ma il risultato ultimo è sempre una perdita, perchè le costruzioni melanconiche, per quanto logiche, sono paradossali ed unilaterali, ed impediscono tutto il lavoro ideativo che potrebbe svolgersi all'infuori dal tema obbligato del dolore, ossia finiscono per circoscrivere il campo intellettuale.

Fig. 110. — Melancolia semplice.

I malati, astraendo sempre più dai loro rapporti con gli altri, non si curano più di dominarsi, non riescono o non tentano di dissimulare, provano anzi un sollievo nel comunicare al primo venuto le proprie sofferenze; talvolta si proclamano da sè stessi forsennati o candidati alla pazzia. È questo il solo argomento che possa renderli attenti e loquaci. Ma, a lungo andare, la ruminazione monotona di poche idee dolorose genera un sentimento subiettivo di vacuità, che diventa un nuovo incentivo alla melanconia. Il melanconico s'infastidisce di dover ascoltare la propria voce, d'essere spettatore necessario dei propri pensieri, di assistere per forza agli atti che è spinto a compiere dall'abitudine e che compie svogliatamente come se fosse investito da un estraneo d'una missione fastidiosa ed inutile.

A questo punto il fenomeno della sua tristezza cessa persino di riescirgli interessante; non ne parla più, non si cura d'attenuarlo, ha perduto ogni fede, non ascolta conforti, si chiude in una disperazione cupa

e minacciosa. Come nelle nevralgie la parte dolente s'immobilizza, così avviene nella melanconia riguardo ai centri delle volizioni.

Un simile aggravamento può presentarsi come una seconda fase della malattia o come una breve crisi che ricorre più o meno spesso o nelle ore del mattino o nel cuore della giornata. Durante l'imperversare di queste crisi o di questa fase della malattia i sentimenti, per solito assai affettuosi del melanconico, subiscono una brusca compressione o persino un'inversione. Mentre un grado di melanconia non molto spinto esagera nei malati l'attaccamento per la famiglia e li rende carezzevoli, remissivi, facili al pianto, pronti a commuoversi per motivi i più altruistici, non appena la sindrome si esacerba, il melanconico diventa indifferente verso i suoi, e talvolta insofferente, ribelle o persino manesco.

Fig. [illegible] — Melanconia con espressione dolorosa ed attonita.

Dipende dal temperamento individuale dei malati se la melanconia acquisterà piuttosto una tinta *irritabile* od una tinta *patetica*. Però il melanconico irritabile si pente subito, talvolta anche esageratamente, delle proprie escandescenze, e raddoppia di tenerezza verso le persone che ha offeso; d'altra parte ogni melanconico patetico è suscettibile d'improvvise irritazioni. L'irritabilità d'umore si manifesta o gravemente sulle persone, od anche in modo abbastanza innocuo con atti d'impazienza sopra oggetti fragili o lacerabili.

Certamente anche l'uomo normale, sotto l'influenza d'un trauma psichico, si sente rammentare ad ogni tratto il ricordo doloroso; lo ritrova svegliandosi; si addormenta con esso; lo deve subire, ospite importuno ed insistente, che attraversa, che interrompe, che spesso riesce a sopraffare la corrente logica dei suoi pensieri e delle sue azioni. La tristezza di quel ricordo incorreggibile si diffonde in tutto l'orizzonte mentale e non è senz'effetto sui processi incoscienti. Ma un simile stato d'animo non si produce nei normali che in rapporto bene accertato con una sventura grave, come la morte dei figli, l'amore contrastato, il disonore, un rovescio di fortuna, la prigionia, l'esilio forzato; e non si prolunga mai oltre qualche tempo, e difficilmente raggiunge la continuità senza tregua della melanconia morbosa. Il dolore psichico, per quanto intenso, che proviene da cause fisiologiche e che si mantiene in limiti fisiologici di durata, ha dunque un carattere meno profondo; si riduce in certo modo ad un disturbo locale; all'infuori del cervello, l'organismo non vi interviene che in minima parte; e dalla cenestesi presso che inalterata [illegible]

due strade diverse: da un canto, per gradazioni crescenti di pervertimento nell'ideazione, trascina, come abbiamo accennato, ai deliri paranoidi; dall'altro, per gradazioni crescenti di pervertimento nella condotta, travolge i malati nel così detto *raptus*, che è appunto un delirio d'azione.

Deliri. — Tra i deliri melancolici, il più caratteristico è quello di *povertà*. Nè un largo censo, nè l'evidenza dei registri, nè la realizzazione di enormi risparmi valgono a togliere di mente al melancolico (che in questo caso è spesso un ricco avaro) la convinzione della miseria. Talvolta non è soltanto la miseria, ma la rovina economica e morale insieme: il fallimento, la prigione, il supplizio completeranno l'odissea delle sue sventure, e l'infermo sbigottito crederà che i suoi beni sono confiscati, che il portinaio è un agente di polizia, che gli infermieri del manicomio sono secondini o carnefici.

Un sentimento invincibile d'*indegnità* inspira anche altri deliri, per esempio quello di *dannazione*, per cui i malati si credono destinati od anche già *relegati* all'inferno, il delirio di *sitofobia*, per cui respingono ogni cibo, ritenendosi immeritevoli di vivere e di mangiare. Nei tempi antichi era frequente la *lycantropia*, ossia il delirio d'essere convertito in una bestia, delirio di cui la tradizione vuole che abbia sofferto Nabucodonosor, e che era favorito dai pregiudizi sulle metamorfosi e sulla metempsicosi. Un saggio di psicalgia disperata con deliri associati è dato dalla seguente lettera che un melancolico, ora guarito, dirigeva alla propria moglie:

— *Erminia mia!*

S. Salvi, 7 Luglio 1905.

« Ti scrivo col cuore in pezzi pensando quanto dolore vi ho arrecato. Perdonatemi, ve ne scongiuro, e pregate il Signore che mi faccia ritornare in seno alla mia cara famiglia. Sarò buono, avrò cura di voi più che per lo avanti, vi amerò, starò sempre vicino a voi, ve lo prometto. Di quanti peccati io sono colpevole! Ti sposai per renderti felice ed invece ti ho cagionato infiniti guai! Tu mi dici che mi sono dimenticato di voi; a momenti lo credo, e ciò mi spaventa. Ma non lo credete, io vi ho sempre nell'anima, io penso sempre a voi; e se non scrissi, fu perchè credevo di non essere più in tempo per ottenere il perdono di Dio. — Ho creduto di essere dannato e per sempre, ho creduto di non essere al manicomio, ma all'Inferno. Toglietemi da questo dubbio atroce. Ho creduto che i miei figliuoli muoiano di fame e di sete, di miseria; è un sogno od è così? Me disgraziato! Il Signore mi aveva dato tutte le felicità; un angelo di sposa, dei figli adorabili che mi amavano e non volevano che me, dei parenti buoni, premurosi. A nulla ciò valse, fui cattivo, disprezzai il Signore, ed egli mi ha punito.

Tu, che sei tanto buona, prega la Vergine Santissima che mi perdoni, che abbia compassione della mia famiglia, di te, dei miei figliuoli, di quel piccino di Camillo, poverino, che piangeva la mia e la sua disgrazia.

Prega la Vergine, dille che sono pentito, che cambierò vita, che mi emenderò, che mi chiuderò magari dentro ad un convento, pur di salvare la mia anima e la vostra.

Non sono degno di baciarti. Bacia i miei cari bambini e credimi il tuo infelicissimo

Antonio

P. S. Nel leggere la presente non ti rattristare: la scrissi in un momento di *dolore*. Ho desiderio vivissimo di rivedervi almeno una volta. Perdonami se mi azzardo a mandarti tanti baci. Addio, addio ».

In altri malati si manifesta la *pantofobia*, ossia uno sgomento continuo d'ogni cosa, con tremito generale e con tutte le altre espressioni mimiche della paura. Vi sono melancolici che credono erroneamente di puzzare, d'infettare tutto ciò che toccano, d'uccidere coll'alito (spesso realmente viziato), d'esercitare una specie d'influenza fatale sulle persone che amano; *delirio di iettatura attiva*, che è una variante più moderna della demonomania o delirio degli indemoniati. Altri melancolici sono tormentati dallo spettacolo d'immaginarie torture a cui vedono esposti giornalmente i loro figli; li credono sotto processo o morti o in prigione; rassicurati dalla presenza delle vittime, s'immaginano che si voglia ingannarli con una pietosa bugia o che la catastrofe sia semplicemente rimessa all'indomani: *delirio di rovina a forma altruistica*.

Raramente il pessimismo melancolico conduce al *delirio ipocondriaco* che, presupponendo la convinzione d'una malattia, sembrerebbe escludere la colpa e l'indegnità; tuttavia anche questa forma di delirio può essere l'espressione d'un rimorso morboso e riferirsi alla colpa, vera o falsa, dell'onanismo, d'un contatto impuro, d'un pensiero peccaminoso. Meno frequente d'ogni altro è fra i melancolici il *delirio di persecuzione*, che in ogni modo si manifesta sotto una forma umile, supplichevole e ben lontana dalla fierezza delle costruzioni paranoiche. Infatti il melancolico si scusa preventivamente d'accusazioni immaginarie; ma le crede motivate dalle apparenze, non dettate da malanimo. Perciò non prova verso gli accusatori che un risentimento mediocre, ed è il vero contrapposto del perseguitato persecutore, che prende sempre l'offensiva e vuole giustizia, non indulgenza.

I vari delirî dei melancolici sono tutti riducibili ad un fondo comune di micromania, e devono considerarsi come eccezionali o spurî i pochi casi di delirio senz'abbassamento della personalità. L'umiltà del melancolico, se non si palesa in dichiarazioni esplicite, si tradisce nella cerimoniosità esagerata, nell'ossequio quasi servile alle opinioni ed ai consigli del primo venuto, nell'abitudine di non offrire la mano ad alcuno o di non parlare che interrogato. Quest'umiltà di parata non impedisce al malato

di ostinarsi, benchè deferente, nell'inerzia, nelle penitenze e nei deliri che sono il frutto della melancolia, senza dare alcun ascolto alle persone di cui si mostra così rispettoso. L'origine di tali deliri è profondamente sentimentale e perciò non conosce resipiscenze, nè si arrende ad autosuggestioni di nessuna specie.

Che il delirio melancolico non abbia origine in errori dei sensi, lo prova anche la rarità delle allucinazioni. Le allucinazioni complesse, scene terrifiche, visioni d'eccidi, di supplizi, di processi, di saccheggi, non si producono che negli stati di stupore, quando la coscienza è profondamente sconvolta e la mente degli infermi è quasi del tutto separata dalla realtà. Invece il caso più ordinario è quello di allucinazioni elementari senz'alcun delirio, e più precisamente di un *ronzio continuato*, che l'infermo identifica benissimo per quello che è veramente, cioè per un acufene subbiettivo. Il ronzio agli orecchi o ad un solo orecchio è spesso l'effetto materiale di disturbi vasomotori ed anche dell'anemia. Le allucinazioni elementari d'altri sensi, sotto forma d'ombre, cattivi sapori, puzzo indeterminato, sono del tutto eccezionali.

Abulia e disbulia. — In tutti i melancolici, salvo i dissimulanti, sono notevoli certe irregolarità di contegno, e specialmente, come fu già accennato, la ripugnanza da qualunque iniziativa. Qualche volta l'inazione non deriva da assoluta abulia, ma dall'incertezza, ossia dal conflitto di parecchie volizioni contrastanti, nessuna delle quali è abbastanza intensa per aver vittoria sulle altre: *melancolia perplessa* di Lasègue. Si tratta dunque d'una vera forma di disbulia con un fondo d'ipobulia.

I malati semplicemente ipobulici trascurano i loro doveri, non escono di casa e durano un'immensa fatica a compiere gli atti più dozzinali; parlano poco, a voce sommessa e lentamente; e nei casi più gravi stentano persino a rispondere o non pronunziano che pochi monosillabi appena intelligibili. Quanto ai malati disbulici, la loro condotta si riassume nell'indecisione. Messi, per esempio, al bivio o di continuare la gestione dei propri affari o di conferire la procura ad un amico fidato, riconoscono la gravità del dilemma, ma non hanno sufficiente energia per prendere una decisione nè in un senso, nè nell'altro; per cui lasciano, fra rassegnati e disperati, che tutto vada in perdizione. La stessa incertezza insuperabile provano di fronte alle decisioni insignificanti di tutti i minuti, agli abiti da indossare, alla posizione da scegliere, al modo di prendere un cucchiaio o di dare una stretta di mano o di spedire un biglietto.

La contemplazione spasmodica del proprio dolore interno assorbe i melancolici in maniera da renderli disattenti a tutto il resto. La loro disattenzione è in parte volontaria, perchè ripugnano *a priori* da qualunque impressione nuova che possa rompere il malinconico incanto del loro mono-

l'incoscienza. E infatti, dato sfogo all'azione e cessata la crisi, non ricorda più l'accaduto o lo ricorda in modo inesatto e incompleto. L'atto incoercibile si svolge *rapidamente*, automaticamente e violentemente, come una scarica epilettica, e prende il nome di *raptus melancholicus*.

Sotto l'influenza d'un raptus, si vedono malati timidissimi avventarsi urlando o senza collera contro persone inoffensive che non conoscono; inferire contro nemici improvvisati; precipitare dalla finestra coi figli in braccio, dar fuoco al proprio letto dopo essersi coricati col corpo spalmato di petrolio. Qualche volta il melancolico è trascinato all'azione delittuosa suo malgrado per un'allucinazione imperativa o pel bisogno di provare a tutti la propria indegnità o con la speranza di farsi *condannare* a morte.

Tutti i melancolici, malcontenti come sono della vita e sfiduciati di poterla mai migliorare, si devono riguardare come candidati al suicidio; ma non bisogna confondere i casi di suicidio cosciente e meditato con le forme impulsive di suicidio per *raptus*, che si verificano in pubblico senz'alcuna preparazione.

Si possono considerare come in stato di *raptus prolungato* i melancolici agitati, che gemono, si dibattono, si graffiano, si mordono la lingua, si strappano i capelli, in preda ad uno spavento che si vede scolpito in tutta la loro fisonomia. Anche in questi casi i malati sono quasi incoscienti; non ascoltano, non comprendono, non ricordano. L'agitazione può continuare giorno e notte per settimane e mesi e condurre ad un rapido e profondo dimagramento. Ma non è facile che la melancolia raggiunga questi *estremi*; e le forme agitate di depressione sentimentale sono poi spesso proprie dell'involuzione senile.

ALTRI SINTOMI. — Un sintomo importante della melancolia è la così detta *angoscia precordiale*, che può complicare il quadro dell'agitazione e preludere al raptus. Ma l'agitazione ed il raptus non sono punto frequenti; invece l'angoscia precordiale, almeno in forma rudimentaria, è un sintomo assai comune, e sono pochi i melancolici che ne vadano del tutto esenti. Infatti, al primo manifestarsi della melancolia, i malati sentono spesso un non so che di molesto alla regione del cuore, che si esacerba e diventa quasi dolore ad ogni contrarietà, per piccola che sia: l'aspettativa della posta, di un giornale qualunque, d'una persona indifferente, la pioggia, un rumore improvviso risvegliano subito questa sensazione penosa.

Una sensazione affatto simile si produce spesso all'*epigastrio* anche nei sani, ma momentaneamente, per l'attesa d'una sentenza nell'anticamera d'un tribunale o nell'aula d'una scuola. Invece la *risoluzione* improvvisa e favorevole d'una situazione penosa o d'una impresa avviata con timore

ed eccitazione determina un effetto opposto, un vero *piacere precordiale*. L'angoscia precordiale non è dunque che l'esagerazione d'un riflesso fisiologico.

Talvolta è così continua e così grave, che per mesi interi si estrinseca con gemiti più o meno rumorosi ad ogni espirazione, non sospendendosi che durante il sonno. Oppure si hanno attacchi simili a quelli dell'*angina pectoris*. I malati provano la dolorosa illusione d'un nodo in mezzo al torace o alla regione mammaria di sinistra, d'una tensione crescente, d'una minaccia alla vita. Talvolta si credono colpiti da cardiopatia mortale, ma l'ascoltazione non rivela alcuna irregolarità, tranne una leggiera tachicardia con respiro superficiale.

Dopo la dolorabilità psichica, il sintomo più caratteristico della melancolia è l'*insonnia*. Non c'è melancolico che non ne soffra e non se ne lagni come del maggiore fra i suoi tormenti. La tristezza ordinaria del malato si fa gigante nella solitudine interminabile della notte; le campane delle chiese gli risuonano nell'anima come un rintocco sinistro; più tardi i rumori del mattino e la luce livida dell'alba gli arrivano come un richiamo disgustoso alla vita sociale che lo riprende nel suo ingranaggio crudele.

Malgrado lo spauracchio di un'altra notte insonne che s'approssima, e malgrado il maggior accumulo di fatica, quasi tutti i melancolici si sentono sollevati verso sera; sono le loro ore più sopportabili. Il momento di coricarsi è quasi piacevole. I malati pregustano la dolcezza nirvanica, per quanto breve, dell'incoscienza; talvolta s'illudono di poter addormentarsi per sempre; e in realtà s'addormentano subito, dormendo un sonno tranquillo e leggero. Disgraziatamente questo sopore incompleto non dura più di un'ora o due, e cede il posto al più amaro dei risvegli. L'insonnia è più grave al principio della malattia, e spesso ne è il segno prodromico; si attenua anche per l'uso degli ipnotici negli stadi ulteriori, fino a permettere quattro o cinque ore di riposo, e può uscir di scena prima che la tristezza melancolica sia completamente dissipata, ciò che costituisce un ottimo auspicio di guarigione.

L'*inappetenza* è un sintomo meno costante dell'insonnia; di raro conduce fino alla sitofobia, che è piuttosto l'espressione d'un delirio o della semplice abulia. Di solito l'anoressia scompare nelle prime settimane e può dar luogo ad una certa *bulimia*. Per lo meno, è frequente che i melancolici si sentano venir meno, come i nevrastenici, non si procurano più volte nella giornata qualche alimento, e di notte sono costretti a tenerne preparato accanto al letto. La soddisfazione immediata che ne ricavano è scarsa, e la digestione laboriosa; il melancolico è bradipeptico. Talvolta i malati si sforzano a mangiare ed anche a bere alcoolici con

l'illusione di sedare il loro dolore, ma non vi riescono ed anzi l'aggravano. È assai meglio consigliarli od anche obbligarli all'astensione completa dal vino e dai liquori.

Più costante e più ostinata dell'anoressia è la *stitichezza*. Sono ben pochi i melancolici che non ne soffrano, e qualcuno se ne preoccupa a segno, da trarne argomento a deliri ipocondriaci. L'intestino è tappato, i cibi si accumulano all'infinito nello stomaco, la soffocazione è imminente: e così il melancolico, stitico e delirante, diventa *sitofobo*. In ogni modo, la sua lingua è sporca, l'alito è viziato, e non è rara la coprostasi. L'atonia intestinale, benchè nella gran maggioranza dei casi non produca alcuna conseguenza diretta sul meccanismo del ragionamento, aumenta il malessere dei melancolici e forse vi aggiunge un nuovo coefficiente autotossico, che va combattuto giornalmente con purgativi miocinetici.

Non sempre nei melancolici è assopito il senso genetico: anzi qualche volta è sovreccitato. Tuttavia, se anche la tendenza al coito, alla masturbazione ed ai pervertimenti sessuali è morbosamente esasperata, ciò non toglie che la voluttà sia straordinariamente diminuita. Gli eccessi, accompagnati da voluttà e seguiti da prostrazione psichica e fisica senz'alcuna soddisfazione o compenso, aggravano le condizioni obiettive e subiettive dei malati. Nelle donne, la melancolia può generare scrupoli ed ossessioni d'ordine sessuale, che non conviene forzare: per esempio l'orrore del coito od anche impulsi morbosi ad atti illeciti d'erotismo, che svegliano acuti rimorsi e vanno a carico del sensualismo.

La melancolia, essendo una sindrome affettiva, dimostra la misura esatta delle sue gradazioni anche nella *fisionomia* dei malati. La fronte dei melancolici è increspata; le sopracciglia sono ravvicinate ed oblique, perchè è rialzata la loro estremità mediale; gli angoli della bocca sono stirati in basso per la contrattura dei muscoli triangolari; e i due solchi naso-labiali appariscono più profondi come l'incurvamento della bocca (fig. 104, 105). Quest'espressione mimica della tristezza, che il melancolico non può nascondere, si esagera o si attenua con oscillazioni variabilissime secondo le vicende della malattia, e non si cancella interamente che quando è suonata senz'altro l'ora della guarigione.

Anche lo sguardo è straordinariamente espressivo: smarrito, grave, torvo o concentrato, a seconda dei casi e dei momenti. I gesti sono fiacchi. L'incesso irresoluto. Il contegno dimesso o imbarazzato.

Nelle donne è spesso sospesa o scarsa la *mestruazione*. La *secrezione del sudore*, anche indipendentemente dall'immobilità, è quasi nulla; fortissime dosi di pilocarpina non bastano a provocarla (Stoddart).

Sembra che i melancolici, specialmente nello stato attonito, presentino spesso un aumento della *resistenza alla corrente elettrica* (Roubinovitch e Toulouse).

DECORSO E VARIETÀ CLINICHE.

La melanconia comincia con insonnia e tristezza, i suoi due sintomi fondamentali ed inseparabili: l'uno e l'altro vanno crescendo con progressione lenta. Per qualche settimana la malattia, se anche si aggraverà più tardi, non esce dalla cerchia dei disturbi puramente affettivi, e gli infermi conservano interamente la propria lucidità. Almeno nel 60 % dei casi la conservano sempre. Ma in capo a due o tre mesi la tristezza melanconica raggiunge il suo apice, ed è in questa fase tempestosa che possono presentarsi le complicazioni: il delirio, lo stupore, l'angoscia precordiale, il raptus. Il periodo di defervescenza è lento e graduale quanto quello d'incremento.

Per lo più la melanconia guarisce, e il ritorno all'equilibrio mentale avviene per mezzo di tregue che annunziano la convalescenza. Le tregue si fanno sempre più frequenti, più durevoli e più serene, finchè a poco a poco il malato stesso s'accorge e riconosce che la melanconia è superata, perchè il suo umore obbedisce di nuovo all'influenza normale degli avvenimenti esteriori. Un indice quasi sicuro del miglioramento è il riordinarsi del sonno.

Tutto sommato, il processo melanconico si svolge in un periodo minimo di cinque mesi e in un periodo massimo di venti mesi, ma il termine medio va dagli otto ai quattordici mesi. Se la durata è inferiore ai cinque mesi, si tratta d'una melanconia a base isterica o d'un accesso melanconico che fa parte d'una psicosi periodica. Se poi si oltrepassano i due anni, la melanconia assume il carattere cronico, nel qual caso cambia anche d'aspetto: la psicalgia, divenendo abituale, si attenua o svanisce per cedere il posto ad un delirio ipocondriaco od a forme d'indebolimento mentale.

Quando il melanconico è uscito di convalescenza ed ha potuto accertarsi che la terribile infermità è veramente terminata, la sua gioia non ha più limiti. Dopo aver sofferto tutte le amarezze, egli si avvede di poter assaporare tutte le grandi e le piccole delizie che si offrono non tanto a chi ha fortuna quanto a chi ha salute, coraggio e costanza. La rimozione d'ogni ostacolo ai processi più volgari della vita vegetativa, nervosa e intellettuale è già bastevole ad inspirargli per settimane e mesi un'allegrezza inesauribile. Coricarsi senza la minaccia d'una notte insonne ed affollata di fantasmi tormentosi; risvegliarsi di pieno giorno col corpo alacre e con l'animo ilare; affrontare con fiducia spensierata le traversie e le incertezze della giornata; mangiar bene e digerir meglio; prendere

parte attiva a conversazioni interessanti o facete; gustare una passeggiata a piedi, una boccata d'aria, uno spettacolo naturale od un'opera d'arte; rivedere senz'alcun rinnovamento d'angoscia i luoghi che furono il teatro delle sofferenze passate, ed anzi cavarne materia ad un confronto piacevole col presente; sentirsi liberi dall'oppressione morbosa, accessibili a tutti i piaceri e immunizzati per lungo tempo a tutti i dolori, è veramente una felicità che non ha l'uguale. Se la melanconia è la più dolorosa delle malattie, la sua scomparsa è la più piacevole delle guarigioni.

Nemmeno il timore ragionevole d'una ricaduta può offuscare la letizia d'una situazione che dipende dall'attualità concreta del presente assai più che dalla rappresentazione astratta del futuro.

Quest'arcobaleno che succede all'uragano della melanconia acuta ha tutta l'impronta d'una reazione naturale alle condizioni precedenti di psicalgia e non rassomiglia per nulla all'esaltamento morboso che, nei circolari, segue più o meno regolarmente le crisi periodiche di melanconia. Ma, se il passaggio dalla tristezza all'allegria è troppo rapido, e se l'allegrezza si manifesta in modo poco pacifico ed esagerato, sarà da temersi che il disordine mentale assuma la forma d'una pazzia circolare.

La condizione fisio-patologica che sta in più intima unione con la melanconia è il rallentamento dei processi cerebrali. Questo rallentamento è dovuto, con molta probabilità, ad azioni inibitorie, che qualche volta producono l'inerzia assoluta per impotenza psichica.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE. — La melanconia si distingue facilmente dagli episodi depressivi che accompagnano altre psicosi molto ricche di sintomi propri, come l'*epilessia*, l'*isterismo*, la *paralisi progressiva*, la *paranoia*, l'*imbecillità*, la *demenza precoce*. I sintomi estranei al quadro che abbiamo già descritto, convulsioni, stigme isteriche, indebolimento mentale, delirio cronico antecedente allo stato depressivo, limitazione congenita dell'intelligenza, assurdità degli atti, e che si incontrano rispettivamente e senza fallo in ciascuna delle malattie summenzionate, sono troppo caratteristici per non suggerire subito la vera diagnosi. Ma oltre a ciò, è da notare che le crisi depressive degli epilettici, delle isteriche, dei paralitici, dei paranoici, degli imbecilli e dei dementi precoci non sono mai così protratte, nè così gravi, nè così lentamente graduali, nè così tipiche come quelle dei veri melanconici: per esempio, esse sono spesso esenti da insonnia.

Nell'epilessia e nell'isterismo gli accessi di tristezza sono improvvisi e scompariscono rapidamente. Nella paralisi progressiva la loro base è cenestetica, senza contenuto ideativo; se vi è un delirio, traduce facilmente la vacuità o la decadenza intellettuale del malato: e la disperazione non assume mai quella forma altruistica che non di rado si nota nei

melancolico. Il melancolico attenta alla propria vita con un proposito d'espiazione, s'immola ad un ideale, pensa più agli altri che a sè o per lo meno all'onore, al benessere della famiglia, al proprio avvenire morale; invece il paralitico si abbandona ad un furore bestiale contro sè stesso, una parte ancor lucida del suo cervello insorge contro tutto il resto del corpo, che è invaso da un malessere crudele, gigantesco, superiore all'immaginazione, ma del tutto materiale, da una paura cieca, enorme, soprannaturale, da una disperazione istintiva e terribile perchè inaccessibile a qualsiasi idea correttrice: Guy de Maupassant, sul principio del processo paralitico, provò queste orribili angoscie e tentò d'uccidersi.

Anche tra gli imbecilli e tra i paranoici si osservano accessi di melancolia che per la loro frequenza dimostrano uno stretto legame con la costituzione psichica di questi anomali. Ma questi accessi sono di breve durata: quattro o cinque giorni, una settimana, un mese. Quanto agli accessi depressivi dei dementi precoci, essi sono interrotti, smentiti o sostituiti da atti di ilarità o di collera o d'ostentazione, che evidentemente passano i limiti della melanconia, anzi ripugnano alle norme inflessibili e severe della logica melanconica. Quando un infermo di mente, che per la sua tristezza sembrerebbe un melancolico, ride o sorride o commette un atto di puerilità, di spavalderia, di sconsideratezza, sia pure per un istante, vuol dire che è un ebefrenico.

Cura. — La cura dei melancolici dev'essere rivolta principalmente alla reintegrazione del sonno. Il cloralio, il sulfonal, il trional, la bromidia, l'edonal ed altri ipnotici, che si possono sostituire uno con l'altro di tanto in tanto, devono essere il rimedio d'ogni sera. Un ottimo rimedio è anche l'oppio, che si dà in tintura durante il giorno a dosi rifratte e progressive, cominciando con 10 goccie per arrivare fino a 100. Questo trattamento, purchè sia applicato con lentezza e con prudenza, attenua la psicalgia, la rende tollerabile, in certi momenti quasi impercettibile, e forse contribuisce ad abbreviare la malattia. Bisogna accompagnare all'oppio l'uso di minorativi intestinali, come la cascara sagrada o la podofillina, perchè i melancolici sono quasi sempre stitici per causa della psicosi di cui soffrono e delle abitudini che contraggono durante la malattia; ora, l'oppio aggrava l'inerzia dell'intestino ed è necessario controbilanciare quest'influenza, crescendo la misura dei minorativi che del resto è bene somministrare in ogni modo. Il pericolo d'aumentare la stitichezza non deve trattenere dall'uso dell'oppio, che è utile egualmente. D'altra parte, indipendentemente da qualunque causa supplementare di stitichezza, anche questo disturbo va combattuto, perchè spesso aggrava lo stato depressivo sia per le impressioni disgustose che produce subiettivamente, sia per gli intoppi o le intossicazioni che può provocare

revolmente sull'animo dei melancolici. L'uniformità delle abitudini preserva dalle emozioni, semplifica il regime di vita e garantisce una specie di *dieta psichica*. I rapporti con altri infermi, specialmente con altri melancolici, ammoniscono il melancolico, che fra gente sana si trovava solo e incompreso, come esistano altri infelici che soffrono chi più, chi meno di lui, e lo richiamano alla realtà dolorosa, ma non disperata della sua posizione. La perdita momentanea dell'indipendenza sottrae il malato dallo spavento di dover agire, sbagliare, compromettersi, e lo culla nel riposo della passività. La lontananza dei parenti è una causa di dolore reale e ragionevole, ma che distrae il malato dalla contemplazione d'un dolore fantastico e morboso. Finalmente la possibilità di ritornare a casa è una prospettiva consolante, il cui fascino aumenta di mano in mano che si prolunga la privazione, e finisce per dare un argomento alle speranze, un obiettivo all'attività del malato. Il ritorno del melancolico alla propria casa deve avvenire senza ritardo appena comincia la convalescenza.

II. — Mania.

La mania è per eccellenza la psicosi dell'eccitamento. La sua sintomatologia fu spesso appaiata e contrapposta a quella della melancolia. Come nei melancolici, anche nei maniaci è scossa di preferenza l'affettività; ma in luogo d'un raccoglimento doloroso si ha un'espansione d'allegrezza e d'energia. La condotta è spensierata, violenta, ma non assurda; l'ideazione è agile ed abbondante; la percezione esatta e rapidissima. Questo quadro morboso non si delinea nettamente che nella forma di mania più lieve e sotto i nomi attenuati d'*ipomania, eccitamento maniaco, mania ragionante* (SCHÜLE), *mania sine delirio*. Quando in casi più gravi, se per un'esagerazione spiccata di ebbrezza e per certi lampi di massima lucidità ricordano l'impeto ed il fulgore dell'ipomania, essi se ne discostano non poco e sembrano vicini all'amenza confusionale per un disordine d'atti e di parole in cui non è sempre facile discernere il filo direttivo.

Il fenomeno comune a tutte le forme di mania, se gravi e se leggiere, e che ne rappresenta in certo modo la chiave fisiologica, è la sovreccitabilità corticale. In quanto è moderata e diffusa, la sovreccitabilità corticale si manifesta con una straordinaria scioltezza dei processi mentali, che inspira un senso di benessere opposto al malessere della melancolia; in quanto è uniforme e senza lacune, non altera profondamente i rapporti di solidarietà funzionale fra i vari territori della corteccia, e perciò si traduce in una sovrattività psichica abbastanza ordinata e del tutto diversa dalla confusione in parte caotica, in parte lacunare dell'amenza.

e di sciocchezze proferite con prosopopea; le associazioni per assonanza verbale prevalgono su quelle per affinità logica. Salvo qualche momento fugace d'arguzia, la conversazione del maniaco è inconcludente e diventa presto insopportabile. Ma il malato non ha il tempo d'accorgersene; si compiace delle forze che estrinseca senz'alcuna fatica; ne attinge l'illusione d'esser cresciuto di valore; e da questa illusione trae motivo d'allegrezza e di petulanza.

B. C., signorina inglese: 23 anni, indipendente, colta, viaggia sola per l'Europa con la sua cameriera; e si trova da pochi mesi in Italia, da pochi giorni a Firenze. Conosce bene il francese e il tedesco, e in quattro settimane impara l'italiano. Frequenta famiglie inglesi e stringe relazioni amichevoli con artisti e medici italiani. Ma nell'isolamento del viaggio sente più vivamente certe contrarietà domestiche; si rammarica di non essere bella come le sorelle; soffre di cefalea e di qualche disturbo mestruale. Dopo breve periodo d'abbattimento (quattro giorni), a poco a poco si esalta ed entra in un vero accesso di mania con qualche tinta d'erotismo. Vuol darsi alla pittura, alla poesia, alla danza, alla declamazione, simultaneamente. Il suo contegno eccentrico e sfrenato attira l'attenzione generale, che l'ammalata scambia a torto per simpatia ed ammirazione. È impossibile lasciarla libera, e il ricovero al manicomio s'impone. Quest'avventura di viaggio non dispiace alla signorina, che è disposta all'ottimismo e che fra le mura della clinica psichiatrica non cessa di declamare, cantare, dipingere (male) e discutere (passabilmente) sopra soggetti politici, mondani e letterari. Ora benigna, ora altera, ma poco curante delle distinzioni sociali, fa amicizia cordiale con le altre malate, fra cui una giovinetta isterica, lucida, con segni di infantilismo mixedematoso, una certa Natalina X. Passano dieci giorni dal suo ingresso trionfale alla clinica di Firenze, trenta dal principio dell'esaltamento, e l'ammalata, per volontà dei parenti, viene trasferita in un sanatorio privato di Parigi dove abita una sua sorella. Di là mi scrive, ed ecco la sua lettera, modello insuperabile di graforrea maniaca.

« *Signor Professore Tanzi* »

« *33 Quai de Suresnes, Suresnes, Seine* »

« Lei devo pensare che la madonna dell'Arte ha dimenticato tutti i suoi amici che sono a Firenze e soprattutto coloro che hanno dimora nella casa gioiosa (le cliniche)! Ma non temere: la mia memoria è (grazia a Dio!) troppo buona per lasciare nell'oblio la bontà d'amici che hanno nome Tanzi, Lungarno (*per Lugaro*), Rigoletto (*per Righetti*), ecc. ecc. Gli altri, ad eccezione del dottor Fei, Leberwurst non sono presenti alla mia memoria per la buona ragione che non credo aver mai sentito dire il nome loro! » (*Leberwurst, salsiccia di fegato, è l'espressione d'un'indifferenza canzonatoria, ed equivale al fico secco degli Italiani*).

« Non ho molte cose da scrivere, la vita qui si passa placida, come fa l'Arno quando burrasche non vengono disturbare la placidità delle sue onde. Bene, ecco che io fo della poesia mediocre, ma giustamente qualcuno fa della musica, ed i miei pasti vogliono fare tic, tac come facevano nella sua clinica, caro professore! Ripensando a questi tempi mi pare d'essere stata come in un sogno. Qualche volta era abbastanza bello, ma

quando voleva venire i dottori Lung'Arno e Rigoletto per farmi une piqûre de je ne sais quoi! allora addio bel sogno, ed ecco le « cauchemar! ». Bisogna dire a lei, signor professore, lei mi ha fatto molto soffrire con queste maledette piqûres! Io non so la parola italiana, e come non ho un dizionario, lei deve perdonare les fautes d'ortographe qui sèment le commencement et la fin de cette lettre. La vera ragione di queste righe è per avere des nouvelles della piccola NATALINA ch'io chiamava Stella o cinquecento. Poveretta, se Lei, caro dottore, poteva fare qualche cosa per questa mia piccola protégée, io sarò sempre piena di riconoscenza! Tante volte io penso ad ella, e se solamente l'aveva qui, sarò molto felice, e noi due saremo veri diavoletti, cantando insieme le belle canzoni italiane! Ho una vera nostalgia del bel paese dove il sì risuona, ed io prego ogni dì a Dio di lasciarmi rivedere questo paese benedetto da Lui, ma reso infelice dalla sciocchezza dei ministri che compongono il governamento!

Qui il sole si fa molto pregare, un giorno risplende, ed io mi fo un'idea d'essere a Firenze, ma non nella state, perchè il sole non ha il calore, invece sembra essere composto d'una soluzione molto indifferente! Ho qui molti amici ed una buona amica, una signora inglese che mi chiama sempre la sua figlia! I dottori tutti sono intelligentissimi, ed io fo bon ménage avec eux. Sono così gentili questi dottori, ed io sono diventata l'enfant gâtée della casa, non per merito mio, ma solamente che qui hanno preso tutti le mezzi di rendermi la vita felice, così felice che io desidero solamente la mia libertà! Addio, caro Professore, sperando di ricevere donc una lettera dandomi notizie di lei e di tutti gli amici che ho avuto il piacere di conoscere durante il mio soggiorno nella sua clinica, un pò contre mon gré, disons le sans rancune! Prego anche a lei di fare i miei complimenti alle due persone del mio viaggio, il dottore..... très Eccles (non conosco il suo nome, ma posso dire con verità che non era molto bello) e al Elvira.

« Agréez, M. le Professeur, l'expression de mes sentiments distingués.

10 août 98.

H. C.

Madonna dell'Arte!!

Questa stessa malata, tornata in libertà e perfettamente guarita, si ricorda ancora di Natalina e delle infermiere che l'hanno assistita, e nel mandare a loro qualche regalo mi scriveva da Nizza, questa volta in corretto francese: « Je suis ici depuis un an, heureuse, et en pensant aux jours de Florence je me demande si tout ce passé n'a pas été un cauchemar! Malheureusement ma mémoire implacable me dit que non. »

La turbolenza del maniaco è complicata in causa dell'insonnia, ma quanto diversa dall'insonnia dolorosa che tormenta le notti del melancolico. Lo stato di sovrattività porta negli elementi nervosi del maniaco una tensione funzionale che non permette il riposo, come avviene agli studiosi dopo una nottata d'intensa applicazione, e perciò l'insonnia maniaca è quasi piacevole, e i malati se ne rallegrano come d'una superiorità; anzi qualche volta, per apparire più intelligenti, esagerano la propria resistenza al sonno e si vantano di non dormire affatto.

La ragione delle *illusioni*, talvolta così paradossali da parere vere allucinazioni, sta nella vivacità e nella precipitazione con cui i malati associano le impressioni esterne alle rappresentazioni preesistenti: il che li fa spesso incorrere in errori di giudizio e in contraddizioni di condotta. Sono frequenti le *illusioni visive*. Vi è anche un certo grado d'*iperestesia*, ma in luogo d'arricchire la coscienza dei malati, contribuisce a confonderla, perchè moltiplica le occasioni di giudizi sbagliati. Nascono a questo modo le illusioni verbali, per cui il maniaco si crede ingiuriato o canzonato o minacciato, e non esita a reagire. Ma di raro una stessa illusione si ripete, ancor più di raro si perpetua in un delirio sistematizzato; e mancano le vere allucinazioni che invece sono così caratteristiche nell'amenza.

Quando poi la mania arriva al colmo, i processi associativi soggiacciono ad una limitazione prolungata e rilevante della loro complessità e varietà, fino a cadere nell'*oligoideismo*. Ma siccome in pari tempo mantengono la loro morbosa vivacità, anzi raggiungono l'estremo limite dell'energia, così si traducono in atti gravi che, per essere il risultato di *ragionamenti incompleti*, sembrano del tutto irragionevoli o persino incoscienti. I malati si avventano all'improvviso e senza motivo contro le persone; aggrediscono il padrone di casa o il direttore del manicomio; cantano, declamano a perdifiato, si emancipano da ogni vincolo o pregiudizio o rispetto umano. Le donne, per una specie di reazione alla loro timidezza d'obbligo, si fanno notare più degli uomini, spogliandosi in pubblico, facendo gli abiti a brandelli per adornarsene il capo e il seno in modo ridicolo o per improvvisare trofei sulle pareti; ammiccano con gli occhi ai passanti, si sciolgono i capelli, si spalmano il corpo d'orina, si offrono al primo venuto. I rapporti con l'ambiente sono talmente alterati, da dar luogo ad un disorientamento non inferiore a quello degli amenti, almeno negli effetti esterni.

All'infuori dei disordini affettivi e motori, il quadro sintomatico della mania è molto povero. I processi d'innervazione che non hanno carattere transcorticale presentano alterazioni di mediocre importanza, che si possono in parte interpretare come una ripercussione indiretta della sopraattività psichica.

La distraibilità dell'attenzione esercita un'influenza assai evidente sulla sensibilità, specialmente dolorifica. I malati, per la loro disattenzione, sembrano colpiti da *anestesia*; ma se, per caso o ad arte, si trovino di fronte ad uno stimolo in istato d'*attenzione aspettante* (come può avvenire durante un esame clinico), dimostrano nel reagire una prontezza, un'intensità ed una precisione, da far meraviglia. Il maniaco rassomiglia al combattente che in rissa od in battaglia non sente nè il dolore,

nè il contatto dell'arma feritrice; e sfida i pericoli come se fosse invulnerabile. L'*anestesia del freddo* lo induce ad abusare di docce che accrescono il suo esaltamento, a stare svestito, a dormire all'aria aperta. L'irregolarità delle sensazioni cenestetiche lo rende capriccioso nel mangiare e nel bere, e disposto, secondo i momenti, tanto all'astensione come all'abuso.

Una conseguenza ovvia della sopraattività psichica è l'*ipermimia*: il maniaco ha la fisonomia mobile, le guancie accese, il gesto risoluto, lo sguardo penetrante. Qualche volta l'elevatore della palpebra superiore, teso oltre il tono normale, lascia scorgere sopra l'iride l'orlo bianco della sclerotica, e l'occhio acquista, secondo i casi, un'espressione erotica od iraconda. Vi sono faccie di maniaci raccapriccianti; ma un grado leggiero d'ipomania può anche trasfigurare ed abbellire un volto giovanile che sia animato da un'ilarità moderata e da sentimenti benevoli.

Nella *voce* dei maniaci si notano i passaggi più accentuati dal piano al forte o da un tono all'altro; ma i malati diventano presto rochi. Sia perchè parlano, urlano e cantano continuamente, sia per una diretta irritazione delle glandule salivari (cerebrale), essi sputano senza discrezione; la loro saliva è più abbondante e più fluida che di consueto, schiumosa. Spesso i malati se ne fanno un'arma d'offesa od uno strumento di scherzi insolenti.

I maniaci, che guariti si sforzano di ricapitolare i loro confusi e scarsi ricordi, pretendono qualche volta d'aver sofferto d'intensa cefalea, che sarebbe smentita dal loro contegno durante la malattia. È probabile che si tratti d'un'illusione retrospettiva, o ch'essi scambino per una cefalea continua qualche dolore fugace, o che raffigurino nella compressione fissa del capo un oscuro ricordo della coercizione morale a cui li esponeva la confusione maniaca.

DECORSO E VARIETÀ

La mania incomincia quasi sempre e qualche volta termina con fenomeni passeggieri di *depressione*. Ma anche nel colmo del processo morboso, il quadro della mania, per quanto grave, non è tutto a tinte gaie o violente. Esso è interrotto da momenti di *lucidità perfetta* in cui i malati hanno la chiara visione del proprio stato e se ne affliggono. Si notano abbandoni o stanchezze che svaniscono all'improvviso, rari scoppi di pianto che sembrano scompaginare l'ordine naturale delle idee, ma che *forse si legano* a stimoli centrali di natura organica. Durante questi accessi il malato perde la sua volubilità e non differisce in nulla dal

più classico dei melancolici; ma il ritorno all'ilarità maniaca è immancabile, rapido ed oltremodo accentuato. Si può arrivare per qualche giorno al più flagrante ravvicinamento con la malinconia, cioè fino ad una forma di *stupore maniaco* (WEYGANDT). Quest'apparente contraddizione si spiega con la sovreccitazione dei processi inibitori, e non fa che confermare il carattere fondamentale della mania, che non consiste tanto nell'ilarità o nella collera, quanto nella variabilità degli affetti e delle idee.

La mania decorre più sollecitamente della melancolia. Ad uno stadio prodromico di depressione seguono ordinariamente i sintomi dell'ipomania. Il periodo ipomaniaco può essere brevissimo. Un'esplosione improvvisa di furore grave senza prodromi ipomaniaci è possibile nell'*alcoolismo*, nell'*epilessia*, nell'*imbecillità*, ma non nei casi di mania genuina, che sono preannunziati almeno da qualche giornata di depressione o di esaltamento lieve e senza disordine. Quando la malattia si mantiene nei termini dell'esaltamento leggiero per tutta la sua durata, la guarigione si raggiunge in poche settimane. La mania assume, più spesso delle altre psicosi, la *forma remittente*.

Chi soffre di mania ha quasi sempre presentato o presenterà in avvenire altri accessi similari, che denotano l'esistenza d'una predisposizione personale. Si possono contare più di 60 accessi, naturalmente assai brevi, nella vita dello stesso individuo. Questi accessi, per la maniera improvvisa con cui insorgono senza prodromi depressivi, per la mancanza di grave disordine mentale e per la frequenza con cui assumono la forma mite d'ipomania (PILCZ), si possono fino ad un certo punto distinguere da quelli più tipici che sopravvengono gradualmente come malattie acute ed accidentali in personalità valide ed equilibrate. Per mia esperienza personale posso aggiungere che negli accessi di mania periodica spuntano non di raro spiccate tendenze al *delirio di querela*, sintomo che non si osserva nella mania semplice.

Non di raro gli accessi periodici di mania si alternano rigorosamente con accessi di melancolia, ciò che costituisce la *psicosi circolare* o *a doppia forma* o *alternante*. Ma, indipendentemente dalle forme circolari e dalle periodiche di sola mania con recidive frequenti e regolari, bisogna tener conto dei casi in cui la mania si ripete due o tre volte nella vita con lunghissimi intervalli. Questi casi sono qualche cosa d'intermedio fra la mania acuta con un accesso isolato e la mania periodica con ricadute a scadenza fissa.

L'esito ordinario della mania è la *guarigione*, salvo le recidive. È singolare che il maniaco guarito, simile in questo all'ubbriaco, non capisce quasi mai la gravità della psicosi da cui è uscito. Benchè rammenti gli atti commessi e le parole pronunciate, è in buona fede quando

se ne scanzona o ne diminuisce l'importanza: mancando nel corso della malattia le impressioni prolungate e spiacevoli, i ricordi sentimentali sono in aperto contrasto con le rimembranze schematiche dei fatti, e diventa difficile l'intera consapevolezza del passato.

Ma non sono eccezionali i casi di *mania cronica*. Si può anzi affermare che la mania tende alla cronicità più della melancolia, e che, diventando cronica, conserva meglio di essa i propri caratteri tipici: la giocondità ed agitazione, senza disorientamento.

La *morte* è rara ed avviene per malattie intercorrenti, pneumonite, enterite; o per cause indirette, per collasso, per lesioni traumatiche, per *embolie grasse* dei polmoni in seguito a vaste contusioni del tessuto cellulare sottocutaneo (JOLLY).

La condizione probabile ed immediata dell'organismo maniaco è la presenza d'un agente morboso che irrita i centri corticali, svegliando le attività latenti ed esagerando le attività ordinarie. Quando l'agente morboso è più intenso, si può ritenere che, pur conservando l'influenza eccitatrice sopra certi processi, acquisti un'azione paralizzante sopra altri, e che così abbiano origine la scarsezza d'idee ed il disordine proprio della mania gravissima. Le crisi di pianto, di collera, di stupore passeggero, che di raro mancano interamente nel decorso della mania, per quanto siano effimere, indicano a loro volta un esaurimento parziale. Questa tendenza agli esaurimenti, per lo più circoscritti e momentanei, lungi dal contraddire, non fa che confermare la sovreccitazione generale che sta a base della mania.

Che dietro alla sovreccitazione della corteccia cerebrale si debba scorgere una lesione costante e caratteristica, p. es. un'iperemia del cervello o delle meningi, non è punto provato. Il reperto anatomo-patologico d'iperemia, benchè s'incontri frequentemente nella letteratura psichiatrica, non è per lo più che l'espressione d'un preconcetto; lo stesso preconcetto ha fatto ravvisare l'anemia cerebrale nelle autopsie dei melancolici. Ma esami più accurati e più recenti hanno potuto accertare che nel corso della melancolia non è infrequente l'aumento dei globuli rossi (LOVELAND), ed è notorio che molti maniaci soffrono d'anemia.

Tra queste due malattie l'antagonismo dei sintomi non corrisponde ad un antagonismo dimostrato delle cause. È anzi probabile che la causa di entrambe sia una sola e che consista in un disturbo del ricambio organico. Il grado di questa alterazione chimica, combinato con la diatesi personale, determinerebbe il grado della psicopatia e la natura della sua reazione clinica piuttosto nel senso della mania o in quello della melancolia. Nella mania prevale quasi sempre il fattore endogeno; nella melancolia è spesso visibile e massima l'azione del fattore esogeno. In

ogni modo, uno dei due fattori può ridursi al minimo. L'intensità dell'agente tossico può variare anche nel corso della malattia, producendo i noti episodi di depressione nella mania e d'agitazione nella melancolia. La diatesi personale, a sua volta, non è necessariamente immutabile, ma spesso va incontro ad oscillazioni nella sua misura, ed arriva, per riguardo alla qualità od al segno, fino alla totale inversione. Così si spiega come un avvenimento o uno sconcerto di lieve importanza possa riescire intollerabile a chi ha superato con indifferenza un avvenimento o uno sconcerto più grave; e come persino, di fronte ad un'analoga situazione patologica, si produca nello stesso individuo una volta la reazione maniaca ed un'altra volta la reazione depressiva.

DIAGNOSI DIFFERENZIALE.

L'individualità clinica della mania venne posta in dubbio da vari punti di vista. Stretta fra la demenza precoce, che assorbe gli accessi isolati di mania, e la psicosi mista o maniaco-depressiva, che ne assorbe gli accessi ripetuti, la mania come forma a sè svanisce nel nulla. Ma vi è di peggio: la mania venne scambiata anche con l'amenza, e vi sono alienisti che, almeno in pratica, non riconoscono in essa se non una varietà di amenza eccitata.

Questa interpretazione è erronea: basta ricordare la sindrome dell'ipomania e la precedenza di sintomi ipomaniaci in ogni processo di mania grave, per dare la dovuta importanza alla distinzione clinica tra mania ed amenza. La mania s'inizia e talvolta persiste con una lucidezza che è addirittura il contrario della confusione amenziale. Infatti, come si è veduto, la confusione dell'amente è l'effetto di allucinazioni sistematiche e di lacune improvvise che provengono da irritazioni interne ed incongrue: perciò l'amente è disorientato. Invece il disordine del maniaco agitato è il prodotto d'impressioni troppo vive, rapide, numerose e commiste, ma abbastanza esatte; e il maniaco non è disorientato. Nell'amente si ha un eccesso d'attività interiore, di sensazioni erronee, d'impulsi ciechi, di pensieri slegati, ed un'immensa povertà di percezioni esterne, per cui l'infermo è separato dal mondo e tutto assorbito in sè stesso. Nel maniaco vi è un'accessibilità illimitata verso le impressioni esterne e il contatto con la realtà è tutt'altro che perduto; ma l'affollamento degli stimoli rende difficile la loro utilizzazione. L'antitesi è evidente: le sensazioni prodotte da irritazioni centrali (allucinazioni) e quelle d'origine cenestetica (specialmente se false), che predominano nell'amenza, sono elementi di disordine, sia per sè stesse, sia perchè chiudono il varco ai processi

d'attività normale o ne alterano la serie; invece le immagini specifiche della vista, dell'udito e degli altri sensi, che non restano impedite, ma anzi piuttosto agevolate dal processo della mania, sono elementi d'ordine, perchè corrispondono alla realtà esteriore, e la loro utilità non viene mai a cessare completamente se anche accade che, per esuberanza di numero e per insufficienza di selezione, una gran parte di esse passi senza traccia o disturbi l'attività interiore.

Gli episodi di esaltamento ricorrono frequentemente anche nella paralisi progressiva, di cui talvolta rappresentano l'esordio clamoroso e caratteristico. Ma l'esaltamento dei paralitici, oltre a rivelare la propria origine per la presenza di complicazioni motorie, non brilla nè per ricchezza d'idee, nè per coerenza d'azioni; anzi è inspirato ad una fatuità che è la negazione della vera mania.

Egualmente facile è la distinzione tra la mania e gli accessi d'esaltamento che sopravvengono negli epilettici come equivalente o come prodromo o come conseguenza della crisi convulsiva. L'esaltamento degli epilettici sovrabbonda talvolta d'impeto e d'incoerenza, ma è privo di brio e di gaiezza. Più simili agli accessi di mania sono quelli che si osservano nell'isterismo, e non è sempre possibile di scorgervi una differenza. Le isteriche non vanno del resto esenti da accessi acuti ed isolati di vera ipomania o di vera mania; tutt'al più, questi accessi, in quanto sono favoriti dall'isterismo, insorgono improvvisamente; e in quanto sono emancipati almeno in parte dalle cause comuni di mania, si dileguano più rapidamente che per l'ordinario. Naturalmente l'esaltamento maniaco che si presenta in qualche caso particolare d'isterismo non va confuso con le crisi passionali che seguono le convulsioni e che appartengono alla serie caratteristica dei fenomeni isterici.

Gl'imbecilli e i paranoici vanno soggetti a loro volta ad accessi piuttosto effimeri d'esaltamento che non nascondono la limitazione o la deviazione fondamentale dell'intelligenza, e che quindi si possono diagnosticare facilmente per quel che sono, cioè per semplici complicazioni d'una psicosi o di un'anomalia costituzionale.

Ma i malati più esposti a scoppî di furore che somigliano a quelli della mania sono i dementi precoci. Se questi scoppi d'agitazione insorgono tardi, mentre la malattia è già in corso, l'anamnesi rende facile la diagnosi. Ma se sono essi che aprono la scena della malattia, la distinzione non è sempre facile: in ogni modo l'assenza di logica negli atti, un'apparenza d'ostinazione, la brevità dell'accesso, la mancanza d'amor proprio, che caratterizzano la demenza precoce e ne accompagnano tutte le manifestazioni, anche le più iniziali, potranno indicare che quell'episodio d'agitazione non è un caso di mania schietta. Quanto all'ipomania,

che è un esaltamento spiritoso, leggero o produttivo, essa non si riscontra mai nella demenza precoce.

Se si tien conto di questi casi spurî, che non sono di mania, e se si aggiunge che nei vecchi manicomi la sindrome maniaca era troppo spesso un prodotto artificiale della coercizione inconsulta, non farà meraviglia la scarsezza dei veri maniaci nei manicomi moderni. Il loro numero è così piccolo, che fra mille ricoverati si stenta a trovarne più di dieci; e talvolta, per dimostrare ad una scolaresca il quadro dell'esaltamento maniaco, bisogna ricorrere ai casi periodici, perchè mancano i casi vergini di probabile mania acuta. È certo che l'antica psichiatria abusò di questa diagnosi, applicandola ad amenti, a paralitici, a circolari ed a periodici, senza dare la dovuta importanza nè alla diversità dei sintomi, nè alla diversità delle cause: oggi la mania passa più giustamente per una malattia rara.

La cura della mania è puramente sintomatica. Quando l'agitazione è assai intensa, giovano i bagni caldi di tutto il corpo con vescica di ghiaccio al capo o doccia frontale, ma la durata del bagno deve prolungarsi a tre quarti d'ora, un'ora e fin due o tre ore, e la temperatura dell'acqua deve mantenersi fra 29° C. e 37° C. Quest'applicazione idroterapica è costosa e faticosa, perchè i maniaci debbono essere sorvegliati durante il bagno da almeno due infermieri. Nei manicomi pubblici non è mai possibile largheggiare così nell'assistenza dei malati, tanto più che il bagno caldo e prolungato non si prescrive ai soli maniaci, ma anche ai paralitici in agitazione e ad altre specie di psicopatici sovreccitati. Per surrogare l'azione sedativa del bagno caldo si adopera la ioscinamina, specialmente sotto forma di bromidrato, o la duboisina, ma meglio ancora la ioscina. Queste sostanze agiscono rapidamente e profondamente quando sono propinate per iniezione ipodermica, mentre riescono inefficaci o d'azione incerta quando siano date per bocca, ancorchè in dose doppia o tripla, p. es. a 5 milligr. L'effetto dell'ioscinamina, dell'ioscina e della duboisina, che sono potenti midriatici, si può misurare anche dal contegno della pupilla. I maniaci si avvantaggiano molto dell'isolamento e della mancanza di coercizioni inutili. La presenza di molte persone, la moltiplicazione delle impressioni, gli ammonimenti inopportuni, la repressione violenta inaspriscono questi malati ed aggravano il loro disordine mentale.

III. — Melancolia periodica.

Fra le melancolie periodiche si devono annoverare i casi classici e spesso ereditari in cui un accesso sempre identico di depressione mentale si ripete molte volte a breve intervallo, rivelando con certezza l'esistenza d'una predisposizione costituzionale. A questi casi classici è utile aggiungere in coda quei casi ambigui, ma ben più numerosi, in cui la scarsezza degli accessi, la lunghezza quasi indefinita dell'intervallo lucido e l'azione evidente di gravi cause esterne od anche una circostanza assai più semplice, cioè lo scoppio immediato della melancolia dopo un avvenimento doloroso, rendono discutibile, per non dire inverosimile, la diatesi melancolica e lasciano pensare al concorso d'un fattore extra-costituzionale che per un'accidentalità può anche rinnovarsi una o più volte, ma che in ogni modo permette una prognosi abbastanza fausta per l'avvenire.

Questi casi incerti, che formano la maggioranza delle melancolie e tra cui vanno provvisoriamente compilate tutte le melancolie iniziali, starebbero bene accanto alle forme acute, ma si possono immaginare come una folla di ombre indecise nascoste dietro alle due figure scultorie e tra loro lontane del melancolico acuto e del melancolico costituzionale. Dipenderà dagli eventi e dalla forza attiva d'una diatesi invisibile e non costante se quelle ombre si allineeranno dietro alla figura del melancolico acuto o dietro a quella del periodico, diventando corpi col tempo. Perciò la melancolia recidivante e la melancolia appena incominciata si possono considerare a volontà, sia dal punto di vista della melancolia acuta, sia da quello della melancolia costituzionale, secondo la soluzione che si ha di mira nell'avvenire. Questa soluzione è una semplice congettura, che per la psichiatria antica era generalmente orientata verso l'ottimismo, per KRAEPELIN verso il pessimismo o nel senso d'una predisposizione costante.

Infatti le differenze tra la melancolia periodica e l'acuta non sono molto facili ad afferrarsi *a priori*. La più importante è la durata dell'accesso, che nelle forme periodiche è molto abbreviata e spesso non oltrepassa i due mesi. Un'altra differenza sta nella rapidità con cui gli accessi si dileguano. All'infuori di queste sfumature, le due forme di melancolia presentano lo stesso insieme di sintomi attuali e non differiscono che nel decorso.

Qualche volta la melancolia periodica si riaccende ad ogni gravidanza, ad ogni puerperio ed allattamento, ad ogni decesso che venga ad affliggere la famiglia dell'ammalato o dell'ammalata. Più spesso manca ogni

indizio d'una causa occasionale. Alcuni individui cadono periodicamente in melanconia tutti gl'inverni; peraltro è ben difficile che la norma cronologica degli accessi non si alteri a lungo andare. Anche la melanconia periodica può guarire: talvolta l'età porta nell'organismo nuove condizioni che distruggono o neutralizzano la predisposizione melancolica; talvolta rende continua una melanconia intermittente. In questo caso la depressione affettiva si attenua e i deliri ipocondriaco, persecutorio, micromaniaco prendono il sopravvento. Ciò avviene specialmente nelle forme di demenza presenile, che KRAEPELIN mantiene distinte dall'arteriosclerosi sotto il nome di *melanconia involutiva* (la sola forma, per lui, di melanconia genuina). Noi parliamo di questi deliri depressivi occupandoci delle cerebropatie degli adulti, perchè ci sembra che non sia abbastanza fondata la loro separazione dalle forme di senilità anticipata.

Non solo l'intervallo dei ricorsi melancolici, ma anche il contenuto del disturbo affettivo può col tempo mutare: la melanconia si trasforma, cede il posto ad uno od a pochi accessi maniaci, dopo i quali può aversi ancora un ritorno di accessi melancolici. In altri casi, dopo una serie di accessi puramente melancolici, può manifestarsi una forma classica di pazzia circolare con alternative regolari.

La melanconia periodica non è sempre una malattia grave. Alcuni di questi malati, benchè soffrano molto, sanno nascondere la natura psicopatica delle loro sofferenze, accusando disturbi d'altro genere che sanno benissimo di non avere, come un vizio al cuore, disordini digestivi, cefalea; e intanto seguitano ad occuparsi, benchè con diminuita energia, dei loro affari, piegandosi senza danno a queste oscillazioni d'attività. Nelle donne l'accesso periodico di melanconia è quasi sempre accompagnato da amenorrea.

La *cura* non è diversa da quella che si pratica nella melanconia acuta. [illegible] iniettava stricnina non appena s'accorgeva che il polso era fiacco e poteva dedurne l'imminenza d'un accesso.

IV. — Mania periodica.

La mania periodica è più frequente, più caratteristica e più grave della melanconia periodica. Vale a dire che la mania in genere è una malattia più costituzionale della melanconia. Per essa non si può invocare nè l'azione di sventure immeritate, nè una squisitezza affettiva che fino ad un certo punto sarebbe un segno di perfezione. Il maniaco, anche allo stadio [illegible] dell'ipomania, è sempre assai meno ragionevole del melancolico, e i suoi atti morbosi non hanno quel supporto strettamente logico

con gli avvenimenti che si osservano nella melancolia semplice. Secondo PILCZ vi sono psicosi periodiche e specialmente *manie periodiche* che dipendono da *cicatrici cerebrali* e che compaiono in tarda età; naturalmente, fra queste forme tardive, predominano le post-apoplettiche. Quando la mania periodica tien dietro, nella vecchiaia, ad un'apoplessia del cervello, anche gli arti paretici sono in balìa di movimenti involontari che formano con l'accesso psicopatico uno stesso quadro (NASSE). L'accesso periodico di mania post-apoplettica è attribuito a stati congestizi del cervello irritato dalla presenza della cicatrice.

Non sono infrequenti i casi di mania periodica con accessi che si rinnovano per tutta la vita. Al manicomio di Firenze si ricorda un impiegato in pensione che fu accolto per mania 18 volte, ed un sensale le cui ammissioni ammontarono a 62. In questi due malati gl'intervalli erano naturalmente brevissimi ma tutti, anche gli ultimi, contrassegnati dalla più completa lucidità. Una signora, che si trova tuttora al manicomio, non presenta più che intervalli brevissimi di lucidezza; a stento questi intervalli arrivano ad una settimana di durata, ma pure l'equilibrio affettivo, l'assennatezza dei giudizi, la compostezza del contegno nel corso di quelle brevi tregue non lasciano nulla a desiderare.

I quadri della mania periodica sono più svariati che non quelli della melancolia periodica. Talvolta assumono il carattere dell'*agitazione furiosa*. Spesso si manifestano nella forma d'un *pervertimento morale* con accessi di *dipsomania*, di *ninfomania*, di *cleptomania*, di *querulomania*. In certi malati il turbine della mania periodica, in luogo di sconvolgere la sola affettività o i sentimenti morali, perverte transitoriamente l'intelligenza. Si hanno *deliri paradossi* in forma intermittente, invenzioni fantastiche, atti di proselitismo politico e di misticismo religioso. Di tratto in tratto, col concorso dell'accesso maniaco, si sveglia una predisposizione alla paranoia che negl'intervalli era latente. Così il maniaco periodico si allontana dalla bonarietà e dalla penetrazione intellettuale che così spesso caratterizza il maniaco acuto, malgrado la sua agitazione.

Certi spiriti inquieti, battaglieri, ma incostanti nei loro disegni, e pronti alle resipiscenze improvvise, alle espiazioni solenni, alle apostasie clamorose e ripetute, non sono altro che malati di mania periodica in grado lieve. È probabile che appartenesse a questa categoria di psicopatici il giureconsulto italiano Pietro Sbarbaro, famoso pe' suoi libelli e per le sue ritrattazioni più che per le sue opere.

Si citano casi di mania periodica in cui gli accessi sono preannunziati da una specie d'aura: disturbi vaso-motori, palpitazione di cuore, vertigini, nevralgie, insonnia, cefalea, irritabilità, inappetenza. Al termine dell'accesso manca l'abbattimento che chiude il quadro della mania acuta.

La mania periodica non è assolutamente inguaribile, nè insuscettibile di miglioramento; ma per lo più la gravità e la durata degli accessi vanno aumentando col tempo. Come la melancolia periodica, essa è una psicosi propria dell'età matura e comincia dopo i trent'anni.

La mania periodica non ha nulla di comune con l'epilessia e può degenerare, dopo una serie d'accessi similari, in una forma mista di psicosi maniaco-depressiva od anche di pazzia circolare a tipo classico. Questa metamorfosi non è frequente, e il caso più ordinario è che la mania periodica conservi il proprio carattere indefinitamente, salvo a peggiorare lentamente per riguardo all'intensità ed alla persistenza dei sintomi.

La cura preventiva non ha un gran potere su questa psicosi, e del resto non è facile esperimentarne gli effetti. In tempi antichi si usava il salasso. Quando la malattia è in atto, si adoperano con vantaggio gli stessi mezzi curativi che furono indicati per la mania acuta.

V. — Pazzia circolare.

Questa malattia mentale è ben conosciuta da mezzo secolo per opera di Baillarger, che la notò nel 1854 col nome di *pazzia a doppia forma*, di Falret, che la descrisse contemporaneamente chiamandola *pazzia circolare*, e di Legrand du Saulle che la illustrò a sua volta come *pazzia alterna*. Ma il passaggio dalla melancolia alla mania era stato intravisto e chiaramente indicato molti anni prima da Morgagni: « melancholia autem maniae in tantum affinis est, ut hi affectus saepe vices commutent et alterutra in alteram transeat; quin saepius dubitantes medicos videas hinc taciturnitate et metu, hinc loquacitate et audacia in eodem aegro, subinde alternatis, melancholicum an maniacum pronuncient ».

Se si prescinde dai casi con decorso irregolare e poco distinto, gli esempi di vera pazzia circolare sono poco numerosi; ma non vi è alienista che non ne abbia avuto sott'occhio qualcuno e che non vi abbia riscontrato in abbondanza le impronte indiscutibili d'una malattia fra le più tipiche ed interessanti. La fatalità del ritmo con cui l'esaltamento si alterna alla depressione, l'armonia stridente che si improvvisa tra queste due fasi della malattia, la costanza della loro durata fanno della pazzia circolare la più grande singolarità della psichiatria. I circolari hanno due personalità, due caratteri, due maniere di vivere e d'intendere la vita, che stanno in perfetto contrasto. Persino il loro aspetto si trasforma in maniera irriconoscibile (fig. 108 e 109). Il profondo e periodico voltafaccia del loro umore, della loro indole, della loro condotta è troppo protratto, troppo indipendente dagli avvenimenti, troppo fatale per

essere confuse con le oscillazioni affettive degli spiriti volubili e passionali. Nessuno potrebbe disconoscere l'origine morbosa di queste crisi a doppia forma, anche se esse non raggiungono i più alti gradi del furore maniaco e della disperazione melanconica; ed è facile ravvisarne la base costituzionale anche nei casi leggeri, che si allontanano appena dalla normalità e che sono i più numerosi. Talvolta il Giano bifronte della pazzia circolare è nettamente scolpito in uno de' suoi aspetti, ed è appena accennato nell'altro; ma la subitaneità del passaggio e la costanza dei sintomi depressivi od esaltativi, per quanto ridotti, durante l'intero periodo della depressione o dell'esaltamento, non lasciano alcun dubbio sul genere della malattia.

Fig. [illegible] — Pazzia circolare; fase melancolica (la stessa malata della fig. [illegible]).

La pazzia circolare può decorrere in tre modi differenti:

1.° Qualche volta le alternative di melancolia e di mania si seguono *senza interruzione*, e i malati sono sempre pazzi.

2.° Altre volte, al termine d'un ciclo completo, s'intercala un *lucido intervallo* più o meno lungo e regolare, durante il quale la malattia resta sospesa; per lo meno *è certo* che tutti i suoi sintomi, dal primo all'ultimo, si rendono latenti.

3.° Finalmente, ed è l'eventualità più rara, il lucido intervallo può presentarsi non al termine d'un ciclo completo, ma al risolversi d'ogni *singola fase*.

Fig. [illegible] — Pazzia circolare; fase maniaca.

Il ritmo con cui si seguono le due fasi opposte è spesso piuttosto affret-

tutto: brevi melancolie si avvicendano con brevi manie, e la durata del doppio accesso non oltrepassa i quattro o cinque mesi. Talvolta i due accessi si svolgono ciascuno in due o tre settimane e non si protraggono quasi mai per un anno o più, come avviene nella mania acuta e più specialmente nella melancolia. Il periodo melancolico tende a durare più lungamente del maniaco.

La regolarità delle alternative può assumere una precisione singolare. Un'isterica ventinovenne va soggetta da oltre sei anni ad accessi di depressione e di eccitamento che si danno il cambio nel breve periodo di 48 ore, durando un giorno per ciascuno. Nella giornata dell'esaltamento l'ammalata salta, corre, gesticola, vocifera, canta, tenta di togliersi le vesti in preda ad un'agitazione continua, intensa, irresistibile, benchè senz'alcuna aggressività. Nella giornata di depressione sta accoccolata, sonnolenta, con l'aria triste, e rifiuta il cibo. Qualche volta ciascuno dei due periodi si raddoppia e dura due giorni, ma senza che resti alterato il tipo dei loro rapporti reciproci.

La pazzia alternante è una malattia troppo evidentemente costituzionale, perchè vi sia bisogno di dirlo; ma non è superfluo ricordare che essa è molto sovente ereditaria, talvolta famigliare, ed io conosco un esempio di simili alternative in due gemelli. Quanto alla sua patogenesi, MEYNERT ha tentato di ricondurla all'innervazione dei vasi cerebrali che da uno stato spastico con anemia e melancolia passerebbero per reazione ad uno stato paretico con iperemia e mania. Ora è incerto se questo schema corrisponda veramente e costantemente, nelle due fasi contrarie che lo compongono, alle condizioni del circolo sanguigno nel melancolico e nel maniaco; ma se pure la corrispondenza vi fosse, nulla dimostra ancora ch'essa sia un fatto primitivo. Tutto induce anzi a credere che fenomeni così grossolani come quelli della circolazione cerebrale non siano la causa, ma piuttosto l'effetto dell'inerzia melancolica e dell'agitazione maniaca. E infatti, data l'enorme diversità del contegno tra il melancolico e il maniaco, è naturale che tutte le funzioni dell'organismo, e specialmente quelle che sono dominate in modo più stretto dal sistema nervoso, debbano intonare la loro attività sopra un diapason del tutto diverso a seconda che il malato si trova nell'una o nell'altra fase della pazzia circolare per ragioni d'ordine correlativo. Il respiro, il polso, il grado globulimetrico, i movimenti riflessi, la tensione dei bulbi oculari, il tempo latente di reazione, tutto ciò che è suscettibile di numerazione e di misura non fa che confermare la solidarietà dell'organismo con lo stato d'animo e del cervello.

C. B., avvocato in una piccola città della Toscana, 45 anni, celibe, di povera origine, seppe con lo studio e l'ingegno salire in fama di abile

per avarizia, trascuranza, violenze, ubbriachezza, fondandosi sopra circostanze futili e inconcludenti. Questa volta l'ammalata entrò al manicomio di Firenze.

Giunta al manicomio, si dimostrò così lucida e convinta di quanto veniva raccontando, che fu necessario raccogliere diligentemente tutte le testimonianze, per intendere la natura maniaca delle sue querimonie. L'ammalata, mentre riconosce d'essere stata tre volte colpita da fiera melancolia e ne ammette senza difficoltà l'origine morbosa, non crede d'essere mai stata maniaca e tanto meno nel momento presente. Parlando, si commuove, piange, implora, fa appello alla giustizia, adduce fatti e interpretazioni interminabili, con cui riesce sempre a confutare i capi d'accusa a suo carico e a dimostrare la propria innocenza, sanità mentale, avvedutezza, abnegazione, abilità di governo domestico, amorevolezza pei figli e immeritata sventura d'essere trattata come pazza, rinchiusa al manicomio, calunniata, derisa, vilipesa, abbandonata da tutti. Nelle sue lamentele espone con veemenza e malignità inaudite ogni atto d'impazienza, ogni parola dura, ogni piccola inconsideratezza di suo marito e delle sue sorelle, pronta a scagliarli l'uno contro l'altro, per poco che un dissenso tra di loro ne dia l'agio a lei. Anche verso il personale del manicomio non usa misericordia: un segno di disattenzione, un sorriso scettico, un'allusione al suo squilibrio mentale la fanno inviperire. Del resto, nè un'allucinazione nè il minimo indizio di delirio, nè alcuna inconsistenza di contegno. Lo stato maniaco non si manifesta che con gli scoppî di collera e le malignità.

Dopo 5 mesi di degenza al manicomio, l'inferma, non ancora guarita, è accolta da una famiglia d'amici, e vi fa buona prova. L'eccitamento si dilegua, subentra un periodo di grande amabilità, e a poco a poco l'ammalata si riconcilia col marito. Passano quasi due anni. Ora è incominciato da poche settimane il 4.° accesso di melancolia.

E. L. è una giovinetta di 15 anni, di grazioso aspetto, d'intelligenza promettente, di carattere buono ed espansivo, di sviluppo rigoglioso. Nella primavera del 1901 ammala d'influenza, per pochi giorni, con leggiero movimento febbrile. Quando lascia il letto, è triste, avvilita, piange e manifesta idee deliranti. Durante la notte non dorme e le sembra che i Mori siano calati in Italia, compiendo saccheggi e stragi. Ha paura che la mamma debba morire, che il babbo stia per andare in carcere. Sulle pareti e nei vetri vede figure di Mori, di soldati, di guardie. Di tratto in tratto sente voci confuse gridare: « Emma, vien via! » Durante il giorno la ragazza riconosce le proprie allucinazioni, ma non riesce a liberarsi dalla paura, dalla tristezza, dai sinistri presentimenti. È dimagrata e vien condotta in campagna.

Nell'autunno, quando ritorna in città, è del tutto cambiata. Ben nutrita, con lo sguardo vivace, allegrissima, ha una gran voglia di discorrere, di divertirsi, di ballare, d'adornarsi, e si lascia corteggiare assai volentieri. Spesso scrive versi piuttosto ingenui, ma non insensati; è sempre in faccende dalla mattina alla sera; non vuol mai coricarsi; dice di sentirsi felice e che tutti le vogliono bene. Va soggetta, una o due volte per settimana, ad accessi di *pavor nocturnus*; si sveglia di soprassalto verso le 4 di mattina, siede sul letto con gli occhi aperti, grida, chiama al soccorso ed accenna di veder angeli, diavoli, bambini viventi.

Siccome la famiglia è povera e non può sorvegliarla, la giovinetta vien fatta entrare al manicomio, dove presenta uno stato d'ipomania molto moderato, con lucidezza perfetta, senz'alcun segno di puerilità, d'osten-

siva, in cui l'alternativa regolare dei due stati opposti è sostituita da una linea saltellante e senza ritmo.

La cura d'una simile malattia consiste soprattutto nella prevenzione dei danni basata sulla previsione del ritmo. I malati, malgrado l'origine più che mai costituzionale dei loro disturbi affettivi, non sono punto insensibili all'azione degli eccitanti durante la fase depressiva e dei calmanti durante la fase d'esaltamento. Perciò si adotta il medesimo trattamento di quello accennato rispettivamente per la melancolia e per la mania.

CAPITOLO XVIII

La Nevrastenia

La nevrastenia è uno stato abituale di valetudinarietà, a cui non corrisponde alcuna lesione caratteristica. Essa si manifesta con una serie di fenomeni poco importanti dal punto di vista obiettivo, perchè non compromettono nè la vita, nè la salute, ma monotoni, pertinaci e fastidiosi dal punto di vista subiettivo. Fra questi sintomi il principale è un senso di profonda stanchezza che non trova refrigerio nel riposo; e in certi casi compaiono ossessioni, dubbi, esitazioni, che tuttavia non offuscano l'intelligenza, ma anzi la raffinano, spingendola all'introspezione.

Qualche volta la tubercolosi, le malattie di cuore, l'influenza, la tabe, la paralisi progressiva, la demenza precoce e molte altre infermità croniche sono precedute od accompagnate da lunghe crisi nevrastenoidi. Ma la vera nevrastenia si presenta da sè e rimane isolata co' suoi pochi sintomi che si ripetono ogni giorno. Vi è una nevrastenia acuta che guarisce, ma che lascia sospettare una certa predisposizione latente; e vi è una nevrastenia costituzionale, ma soggetta a tregue che sembrano guarigioni. Tra queste due forme di nevrastenia non è sempre facile una distinzione. Esiste anche una forma associata d'*istero-nevrastenia* (CHARCOT) e fu descritta una varietà di *nevrastenia traumatica*, come pure un'altra di *entero-nevrastenia*. Tutte queste varietà sottintendono col loro nome significativo, anche senza bisogno di spiegazioni, l'affinità di natura tra nevrastenia ed isterismo.

Tanto la nevrastenia costituzionale come la nevrastenia acuta (e la traumatica) si possono scindere in due tipi clinici a seconda che intervengano o manchino le idee incoercibili. Ma anche se sono presenti le idee incoercibili, il nevrastenico non è mai un vero malato di mente, perchè la sua coscienza è limpida e la sua personalità è integra. Non vi è pericolo che il nevrastenico disconosca l'irregolarità, se c'è, dei suoi processi associativi e dell'idea introspettiva, frivola, molesta che ne è l'invariabile esponente. Eppure, non solo queste forme di nevrastenia ossessiva, ma anche quelle più miti che decorrono senza ossessioni, sembrano scaturire, come l'isterismo

tra gli scrittori, e forse per questo è la sola psicopatia che i romanzi e le commedie descrivono fedelmente. Talvolta i malati si astengono da ogni sforzo intellettuale, fino a non leggere per settimane o mesi nemmeno i giornali; ma essi non fanno che obbedire ad un preconcetto. Anzi non è raro il caso di nevrastenici che si sentono venir meno al principio d'un lavoro materiale o mentale e che spiegano una resistenza insospettata protraendolo o rendendolo più energico. Il fatto sta che tra i nevrastenici si contano persino camminatori, schermitori ed atleti. È dunque probabile che il senso di stanchezza non provenga dall'abbondanza dei prodotti regressivi che accompagnano fisiologicamente il lavoro muscolare, ma dall'azione di altre sostanze, che provocano stimoli paradossi di fatica o nei centri nervosi o nelle terminazioni sensitive dei muscoli. Invece il normale lavoro dei muscoli, purchè non oltrepassi certi limiti, non solo non dà luogo alla stanchezza genuina, ma attenua le sensazioni moleste e preesistenti di falsa stanchezza e forse contribuisce all'eliminazione od alla distruzione delle sostanze anormali.

Una funzione generale che di solito è disturbata nella nevrastenia è quella del sonno. Per lo più i nevrastenici dormono regolarmente. Se patiscono d'insonnia, ciò avviene temporaneamente, nei periodi d'esacerbazione o al primo insorgere della malattia. È abbastanza comune invece il fenomeno opposto, cioè la sonnolenza, e molti nevrastenici sono dormiglioni per inveterata abitudine e per prepotente bisogno, come se avessero preso un ipnotico. Così il paradosso è completo: alla stanchezza ingiustificata si aggiunge il sonno sproporzionato.

SINTOMI PSICHICI.

Charcot pel primo, illustrando l'isterismo, introdusse in clinica l'espressione: *diatesi di contrattura*. Con questa espressione egli intende di designare la facilità per cui, in molti isterici, un muscolo fisiologicamente contratto resta patologicamente contratturato. Qualche cosa d'analogo si verifica, nel campo dei fenomeni psichici, tra i nevrastenici che patiscono d'*idee fisse* od *ossessionali*. Un'idea spuntata fisiologicamente dall'associazione corrente del pensiero, e che non avrebbe ragione di ripetersi, tende a ripresentarsi fuor di proposito, patologicamente, come un tic cogitativo. Quel lavoro d'eliminazione che mettiamo in atto non solo quando studiamo e meditiamo, ma anche quando ci abbandoniamo alla fantasia, e che inibisce l'ingresso nel campo della coscienza a tutte le idee estranee, futili e perturbatrici, rimane indebolito nel nevrastenico. E ciò specialmente di fronte all'*idea ossessiva* che altre volte ha violato il divieto,

il malato va almanaccando: « se l'essere andato una volta al Manicomio per visitarvi un amico possa influire sul suo stato mentale, se l'aver *visto*, *nominato* o *pensato* un matto possa essere occasione allo scoppio della pazzia, se l'aver toccato od avvicinato il *parente* d'un matto possa nuocergli nella stessa maniera, se il toccare o l'avvicinare egli stesso qualcuno dei suoi — dopo d'aver pensato ad un pazzo — possa trasportare la pazzia nella sua famiglia, se, affinché ciò avvenga, è necessario che impazzisca anche lui, ecc. ecc. ». A tutte queste domande, di cui il malato ammette con enfasi sincera l'assurdità, la ragione risponde invariabilmente *no*; ma la nevrastenia ripete il quesito come un ritornello senza curarsi della risposta negativa.

4.° Ogni cosa — persone, oggetti, avvenimenti — può essere piacevole o spiacevole all'infermo in altissimo grado; ma solo il sentir pronunciare una sillaba contenuta nel nome d'una persona antipatica gli mette angoscia, lo trascina nell'abisso delle associazioni incoercibili, gli risveglia il [illegible], e cagionandogli un tormento di parecchie ore, soprattutto per l'amarezza di dover riconoscere che la malattia non disarma, gli guasta una giornata cominciata bene. All'idea od alla sillaba antipatica [illegible] costretto a contrapporre un'idea o sillaba simpatica di pari forza. Allora, come uno spettatore passivo, il malato assiste al duello tra le due opposte rappresentazioni, e non è raro il caso che la più lieta vinca la trista, finché, a furia di ripetersi, diventa oppressiva a sua volta.

5.° Il malato non può tollerare certi contatti: ha abolito la camicia di tela, il colletto, le mutande; veste di lana in tutte le stagioni, e il solo vedere qualche cosa d'inamidato gli mette raccapriccio. Non può tollerare certi colori: una camicia a fiori azzurri è per lui tormentosa come quella di Nesso, ma se, pensando intensamente ad una rosa od al cielo d'occidente durante il tramonto, riesce a dimenticare l'azzurro, finisce col tollerare quella camicia, è in grado di toccarla e d'indossarla per un giorno senza soffrire [illegible]. Di queste vittorie si compiace e discorre come d'un grandissimo ostacolo superato, d'un gran pericolo scongiurato, sebbene sia il primo a dichiararne l'enorme futilità, a mostrarne sdegno e meraviglia.

6.° Basta che in un paese, in una trattoria, in un teatro l'infermo abbia parlato, rivolto lo sguardo o il pensiero ad una persona antipatica perché quel luogo gli diventi a sua volta uggioso ed insopportabile per settimane e per mesi. L'immagine di esso lo assale come ad accesso, ripetutamente, terribilmente, e scompare in modo insensibile per riapparire più tardi. Altri paesi, trattorie, teatri hanno influenza lieta e benefica.

7.° Anche un fatto ridicolo, un ricordo piacevole, un impulso al riso od alla baldoria moderata possono tradursi in rappresentazione incoercibile, così da determinare, almeno da principio, uno stato d'allegria, che solo dopo qualche giorno finisce per diventare angoscioso. Però in generale l'infermo è serio, gentile ed abbastanza accorto per non lasciar trasparire le proprie condizioni d'animo agli estranei.

8.° Se X. Y. legge e la sua attenzione si distrae alcun poco dall'argomento della lettura, spesso gli avviene che una determinata parola, sia pure astratta o indifferente o di significato indefinito e incompleto, come gli avverbi e le preposizioni, si fermi stabilmente nella sua coscienza, suscitandovi idee e stati d'animo non sempre penosi, ma insistenti e incoercibili.

9.° Le idee fisse possono assumere carattere di programmi attivi, d'impulsi, che però l'infermo sa prudentemente contrastare e rendere tollerabili con pretesti ingegnosi.

10.° Non solo le idee spontanee, ma anche le idee importate nel suo

sempre a camminare, purchè si stanchi. L'agorafobia condanna i malati ad una vita sedentaria, ma spesso intellettualmente attiva e non infeconda; è più frequente negli episodi di nevrastenia acuta che nelle forme croniche; e storicamente è la varietà di ossessione che attirò per la prima l'attenzione di WESTPHAL, dandogli occasione di illustrare le idee incoercibili e di distinguerle dalle convinzioni deliranti.

N. N., negoziante, intelligente, coniugato senza figli, antico *viveur*, sofferse di sifilide in gioventù. Ora ha 40 anni e presenta tutti i segni dell'agorafobia. Dirige la sua azienda commerciale dalla propria casa, conferendo ogni mattina col suo socio d'affari; da lui partono le iniziative e i progetti; a lui fanno capo le lettere e gli avvisi più importanti. Il socio stesso ne conviene, lodandosi dell'avvedutezza di cui dà prova il malato. Basta al malato la presenza o la vicinanza d'un bambino o d'una persona conosciuta per avventurarsi nelle strade; ma, ancorchè con tale espediente gli riesca di camminare, è sempre dominato dalla paura che la compagnia gli venga improvvisamente a mancare per una combinazione qualunque. All'agorafobia si associano altri disturbi nevrastenici, come l'esagerazione dei riflessi patellari, intenso tremore delle palpebre ad occhi chiusi, tremito delle mani, formicolio ostinato, intolleranza della luce. Non vi sono sintomi di paralisi progressiva, nè di tabe dorsale. Manca il fenomeno di Argyll-Robertson, non vi è miosi; non vi furono mai dolori in cintura. I disturbi nevrastenici durano da tre o quattr'anni. Si pensa alla possibilità d'una tabe incipiente o d'una nevrastenia metasifilitica; ma la cura specifica mediante iniezioni di sublimato corrosivo è inefficace.

Misofobia (HAMMOND) o **rupofobia** (VERGA). — Forse il timore di non resistere ad un lungo cammino, ossia l'agorafobia, ha radice nelle emozioni di disagio e di sgomento che assalgono il bambino ai primi conati d'incesso e che rimangono scolpite nel cervello dell'adulto, benchè dimenticate, appunto per la loro antichità. L'amore della pulizia è un prodotto dell'educazione, ma non ha origine meno antica, nè meno profonda. *Guardare e non toccare* è un precetto dei più insegnati ed anche dei più ostici ad una mente infantile. Per inculcarne l'importanza si ricorre ad artifici, attribuendo a certi contatti un pericolo immaginario per la salute e per l'incolumità personale. La tradizione educativa ha precorso e oltrepassato la batteriologia, creando centinaia e migliaia d'incompatibilità tattili, che si possono considerare come aspetti speciali dello *schifo*, ossia come piccole paure. Il fatto sta che la misofobia è la forma più comune d'ossessione.

Signora di 38 anni, maritata, molto agiata, istruita, alta, robusta, elegante, soffre da tempo immemorabile di misofobia. Essa non può capacitarsi (e bisogna riconoscere che in teoria ha ragione) come la polvere e le immondezze della strada si lascino entrare negli appartamenti per mezzo delle scarpe. Perciò l'ammalata, malgrado le sue abitudini intellettuali, lava ogni mattina con le proprie mani il pavimento della camera dove ha dormito, anche se si trova all'albergo; cambia spesso di resi-

denza e di casa; predilige la Spagna perchè a Madrid ha scoperto un albergo conforme alle sue esigenze di pulizia, e costringe i propri inquilini a calzare certe pantofole collocate alla soglia di casa prima di salire la scala comune. Questa consegna draconiana ha provocato l'emigrazione di tutti gli inquilini e lo sciopero dei portinai a cui doveva essere affidata la vigilanza; ragion per cui la casa è vuota. L'ammalata non dà la mano a nessuno; appena un visitatore esce dal suo salotto, fa lavare in terra; e cambia spesso di cameriera. Ma i conoscenti che ignorano la sua malattia non si accorgono di nulla, perchè la signora sa dissimularla con rara abilità e la sua conversazione non presenta assolutamente alcuna anomalia.

Signora di 29 anni, florida, avvenente, d'abitudini modeste, è affetta da istero-nevrastenia. Un giorno sulla scala comune di casa, proprio dinanzi alla porta del suo appartamento, vide lo sterco d'un cane. Ne provò uno schifo tale, che da quel giorno non pensò più ad altro. La possibilità d'un contatto con qualche particella di sterco canino è il suo incubo continuo e la causa della sua infelicità. Ha cambiato di casa e di città; ha abbandonato temporaneamente il marito, tornando nella famiglia paterna e anche rinchiudendosi in case di salute; ha tentato molte cure. Ma non si è punto della terra che, essendo abitabile per l'uomo, non sia infestato dai cani. La paura del cane e delle sue escrezioni non lascia in pace questa malata che, tra molti disturbi nevrastenici ed isterici, di questo solo è intollerante e si lagna.

Signora di 36 anni, madre di famiglia, è affetta da misofobia generica. Porta i guanti di filo, ma non se ne sente garantita a sufficienza. Se deve prendere in mano un oggetto qualunque, anche pulitissimo, per esempio il cappello accuratamente coperto e riposto nel suo armadio, comincia nell'intimità della sua coscienza una battaglia. Quel cappello è stato esposto alla polvere della strada; la spazzola che l'ha pulito è anch'essa un nido di polvere; come fare a toccarlo? E toccandolo coi guanti, non bisognerà in seguito toccare i guanti per toglierseli e per rimetterli? Allora l'esitazione assume proporzioni angosciose; l'ammalata diventa pallida e affannosa, piange, si dispera, si accusa d'essere una pazza, una cattiva moglie, una madre capricciosa e frivola. Più volte s'è confessata e più volte ha desiderato la morte. La sua psicastenia è associata a cefalea occipitale, dura da tre anni, e non è suscettibile che di effimeri miglioramenti mercè la cura in case di salute o in campagna.

Patofobia. — La patofobia è stretta da intime e logiche affinità con la misofobia. I microbi, la polvere e gli altri veicoli di malattie sono infatti causa di schifo non meno che di pericolo per la salute. Tra tutte le malattie, le più temute nel campo delle ossessioni sono: la *rabbia*, la *tubercolosi* e la *sifilide*, appunto pel modo improvviso o subdolo con cui possono assalire l'uomo più prudente del mondo.

L. B. è un tarchiato campagnolo e non è mai stato morso da cani; ma sa che in paese vi furono casi di morte per idrofobia, ha paura dei cani vaganti e pensa che l'idrofobia possa trasmettersi anche senza morsicature per mezzo della bava che i cani perdono dalla bocca e

lasciano rotare sul terreno. Il vento può sollevare quei granellini di polvere contaminata. E così via via. La patofobia di questo compagnuolo è d'antica data e si accompagna con sintomi spiccati di nevrastenia; formicolii agli arti, mal di capo occipitale, esagerazione dei riflessi patellari, stitichezza.

N. N., alto funzionario dello Stato in pensione, sessantenne, morto di vizio cardiaco, sofferse per molti anni di nevrastenia. La patofobia l'aveva indotto a tappezzare di stoffa le pareti della sua casa, quantunque fosse poco curante del lusso, per meglio ripararsi dal freddo. Il timore del terremoto gli aveva suggerito di fortificare i muri del fabbricato con armature superflue e costose. Il desiderio di vuotare giornalmente e regolarmente l'intestino, superando la prevenzione di non riescirvi, l'aveva spinto a costruirsi una latrina d'urgenza accanto alla stanza da pranzo. L'avidità del caldo, o per dir meglio la paura del freddo, aveva inspirato allo stesso infermo un'altra idea architettonica, quella di innalzare al primo piano del suo villino una gran terrazza, coperta da di vetri, in modo da privare di luce diretta tutte le finestre e le camere che davano sulla terrazza. Così d'un grazioso villino aveva fatto un'abitazione incomoda ed antiestetica. Questo signore, mentr'era ancora in attività di servizio, viaggiò l'Inghilterra per incarico del Governo italiano, servendosi sempre di treni espressi, non solo per meglio adempiere la sua missione, ma anche per poter rallentare la corsa al passaggio dei tunnels. È evidente che la nevrastenia aveva fatto pullulare una quantità d'ossessioni simultanee, che non ebbero termine se non con la morte.

M. L., trentenne, celibe, maestro di musica, è affetto da nevrastenia e sifilofobia. La sifilofobia non si presentò che per qualche mese al parossismo d'un accesso nevrastenico, ma raggiungendo un grado d'intensità veramente eccezionale. L'infermo era di passaggio a Parigi quando, malgrado il suo timore specifico, stretto da uno stimolo imperioso, andò a visitare una cocotte d'alto rango. Ebbe con lei contatti fuggevoli e poco più che telepatici, e infatti la sua sifilofobia divampò come un incendio gigantesco non tanto al ricordo del contatto carnale quanto al pensiero d'aver toccato con la mano nuda la maniglia lucida d'una porta che poco prima era stata aperta dall'ospitale padrona di casa. Era inutile indicare al malato l'infondatezza dei suoi sospetti e le eccezioni che si potevano opporre a simili sospetti: 1.° erano passati vari mesi e mancava ogni segno iniziale di sifilide; 2.° mancavano *a fortiori* i sintomi della sifilide secondaria; 3.° non era nè provato, nè presumibile che la persona incriminata del contagio fosse sifilitica; 4.° se anche fosse stata sifilitica, nessun argomento lasciava credere che il virus si fosse deposto sulla maniglia della porta, nè che di là fosse passato alla mano perfettamente integra dell'infermo. L'infermo era così invaso dalla paura, così affannoso, così disattento, che le più valide argomentazioni sfioravano tangenzialmente il suo cervello senza penetrarlo. Egli coglieva una parola o una frase del discorso, scaricandovi sopra tutto il peso dei suoi preconcetti; ma non aveva pazienza d'ascoltare tutto il ragionamento, perchè la paura era più forte dell'attenzione. Tuttavia non era in delirio: la sua ossessione non oltrepassava il livello d'un dubbio, ma era un dubbio tormentoso, atroce. Questo infermo, entrato in una casa di salute, guarì; ed ora canzona i nevrastenici che soffrono d'ossessioni; anzi non riconosce nè la psicastenia, nè la nevrastenia; e dice che si può guarirne con uno sforzo di volontà, ciò che non crediamo affatto, malgrado l'autorità del giudice.

N. N., laureato in scienze naturali, benestante, ammogliato senza figli, è preso da fobie della responsabilità ogni volta che si accinge a scrivere. Un biglietto, una ricevuta, una lettera ai parenti, un indirizzo sono per lui un'impresa pericolosa, perchè involontariamente potrebbe sfuggirgli un errore di data o di parole, da minacciare la sua riputazione. Il malato è spaventato soprattutto dalle cifre che rappresentano prezzi e valori; rilegge una somma dieci volte, e quando ha licenziato uno scritto soffre d'angoscia al pensiero di non poterlo più rivedere per verificarlo. Rinchiuso di sorpresa in una casa di salute (contro il mio parere) vorrebbe protestare, implorare la libertà, informarne la famiglia; ma piuttosto d'arrischiarsi a scrivere, sopporta in silenzio. I suoi scrupoli lo abbandonano dinanzi agli esperimenti di Laboratorio a cui si dedica per ragione professionale: il malato insegna ed esperimenta come qualunque altro fisico. Invece la tendenza psicastenica si manifesta in un altro campo, quello della *gelosia coniugale*. Per la fobia dei numeri e dei documenti il malato si condanna all'inerzia e trascura l'amministrazione del suo patrimonio; per la fobia dell'infedeltà da parte della moglie, è un tiranno domestico. La vita di questi due coniugi è infelicissima. Allo stato di fobia si associa cefalea occipitale, stanchezza, ronzio auricolare.

Un macellaio di 35 anni teme, vendendo carne, specialmente a malati od a persone che sospetta d'esser malate, d'incorrere in tremende responsabilità, di diffondere malattie, di passare per assassino. Quando è al banco della sua bottega, si propone sempre di smettere il mestiere: ma ciò non gli impedisce di farsi pagare regolarmente, di dare il peso giusto e di saper acquistare il bestiame secondo i prezzi del mercato e il proprio interesse. La tendenza a lasciarsi vincere da un'idea incoercibile si è rivolta, anni sono, ad un altro tema, in modo violento ed acuto: mortogli il padre, il malato rimase sotto l'ossessione di non averne baciato il cadavere; e riuscì a farlo dissotterrare ventiquattr'ore dopo (il cimitero era in una piccola città) per poterlo baciare. E così questa prima ossessione sparì; ma non l'altra, che perdura invincibile.

Ereutofobia. — Il timore d'arrossire davanti ad altri risale sempre all'adolescenza, di cui è una manifestazione ordinaria, ma transitoria e collegata col sentimento del pudore. Più tardi il pudore rientra nei limiti di un'abitudine tranquilla ed automatica: gli adulti non arrossiscono mai o solo in rare occasioni; essi non hanno quindi alcun motivo di stare in apprensione. Ma la nevrastenia può dare continuità o far rinascere l'apprensione giovanile coi caratteri d'una vera fobia. I malati temono di dare spettacolo del proprio imbarazzo, di tradire col rossore sentimenti nascosti da cui talvolta rifuggono, ma che, per ossessione incoercibile, non possono fare a meno di rappresentarsi; e così sono sempre in imminenza d'arrossire. Spesso arrossiscono davvero, appunto perchè il rossore è l'estrinsecazione mimica e involontaria della vergogna, e come tale succede alla vergogna ossessiva non altrimenti che alla vergogna fisiologica.

L'ereutofobia è, come la maggior parte delle ossessioni, una timidezza relativa ad un'incapacità funzionale, che consisterebbe nel non saper frenare il rossore. Questa situazione d'animo si verifica accidentalmente

anche in persone normali, che con un leggero sforzo riescono quasi sempre a deviare la corrente del pensiero dall'immagine vergognosa, e così mantengono una fisionomia inalterata. Vi riescono perchè non hanno gran paura dell'insuccesso. Nei nevrastenici la paura è continua, intensa e crescente, perchè alimentata da ogni nuovo insuccesso; gli sforzi interni, gli scongiuri superstiziosi, gli stratagemmi per impedire o nascondere il rossore sono pari alla paura, ma non sempre infecondi. Alcuni ammalati evitano le compagnie, non avvicinano mai personaggi di soggezione, nè giovani di sesso opposto, non osano fissare lo sguardo sopra una frotta di educande o di soldati nel giustificato timore di fare una figura ridicola; e tremano al sopravvenire di un'immagine o d'una parola eritrogena. Altri interpellano medici e chirurghi dichiarandosi pronti a subire cure pericolose, operazioni deformanti. Per gli *ereutofobi* la maschera di ferro, di romanzesca memoria, non sarebbe una tortura, ma una liberazione; e ve n'è che pensarono sul serio di adottarne qualche surrogato.

Giovane di 22 anni, laureato in legge, molto intelligente, colto, ricco, è stato in pellegrinaggio presso gli alienisti delle città che percorre per suo diletto. Durante il colloquio con me, non arrossisce mai, nemmeno nei momenti più scabrosi del suo discorso, e ciò è naturale perchè, aprendo interamente il suo animo ad un medico di fiducia, non può temere d'essere frainteso, nè di parere imbarazzato o ridicolo. La sua parola è facile, precisa, colorita e il suo contegno disinvolto. Questo giovane non è alle sue prime armi amorose, è abituato alla società e ricercato nei convegni, dove riesce spesso o a frenare con la forza della volontà il rossore che spunta o a dissimularlo con artifici ingegnosi. Ma oltre all'ereutofobia, soffre di *nosofobia*; e di più presenta un tic mandibolare. All'infuori di queste ossessioni, non ha alcun sintomo di nevrastenia, e le sue fobie sono un segreto per tutti, eccetto che per gli intimi.

Ossessione del come e del perchè. — L'ossessione del come e del perchè, il così detto *delirio metafisico* o *Grübelsucht*, è l'espressione generica dell'incoercibilità psichica; e non consiste in altro che nel *sentirsi pensare*, nello studiarsi mentre si pensa, nello sdoppiarsi in un io che pensa e in un altro io che osserva. È dunque un'introspezione ad oltranza, pedantesca, infrenabile e per ciò sterile. Peggio che sterile, quest'introspezione minuziosa ed immanierata è un vero inciampo al pensiero; nel corso d'un ragionamento filato l'introspezione ossessiva diserta solo per un istante dalla coscienza, ma ricompare sul più bello e si svolge per conto proprio ora parallela al pensiero legittimo come la sua ombra, disturbandolo e togliendogli la spontaneità, ora insediata al suo posto, interrompendolo o spezzandone per sempre la connessione.

S. C., giovane maestro di musica, istruito, soggetto a cefalea occipitale e frontale, spesso insonne, stitico, facile a stancarsi, soggetto a polluzioni notturne, insofferente della luce, dei rumori, della folla, della famiglia e di sè stesso, è in istato di continua e forzata introspezione. La sua introspezione non è sistematica, deliberata e coerente, e perciò non conduce a nessun risultato psicologico; si rivolge alle parole ed alla loro etimologia più che alle idee; e dei ragionamenti non analizza che singoli termini. Lo stesso infermo si paragona ad un impiegato di biblioteca che debba riordinare incessantemente dei libri sempre in disordine, e che perciò non arriva mai in tempo nè a leggerli, nè a riposare. E infatti l'ossessione del come e del perchè non gli lascia tregua. Durante le lezioni di musica il malato analizza ciò che suonano i suoi allievi, le impressioni che ne prova e i commenti indiretti suscitati dalla sua introspezione; e così finisce per ascoltare a mala pena, per non concludere nulla e per soffrire assai. La casa di salute e vari regimi di vita non migliorarono punto le sue condizioni di mente. Per qualche tempo l'incoercibilità psichica si sistematizzò sopra un tema prediletto. Uno di questi temi fu il suicidio, ma allo stato di semplice rappresentazione ossessiva, senza impulso, nè desiderio. Il malato era sotto l'ossessione d'un quadro funebre, dove campeggiava la sua figura: si vedeva in atto di prepararsi il veleno o la corda, poi sul letto di morte, poi cadavere nella bara e al cimitero, ma non aveva intenzione d'uccidersi ed era il primo a dichiararlo.

R. M., medico in una grande città, attivo, di mite carattere, amante della musica, cade di tanto in tanto in leggieri accessi di nevrastenia, durante i quali ha gli ordinari disturbi della sensibilità e dell'innervazione viscerale, più la tendenza ad almanaccare. L'introspezione a cui sottomette i propri pensieri è più automatica che filosofica, e quando i pensieri sono mentalmente rappresentati con parole, degenera addirittura dall'analisi psicologica all'analisi grammaticale. Ma quest'analisi è assidua e fastidiosa: il campo della sua coscienza è disputato continuamente tra due personalità, di cui una è logica, tranquilla, conscia dei propri interessi, l'altra è cocciuta, irrequieta, sofistica, puerile e indomabile. La personalità ribelle s'interpone continuamente per improvvisare a sproposito i suoi *come?* i suoi *perchè?* i suoi *quando?* L'altra personalità, che è la vera, cioè quella in cui il malato *riconosce* sè stesso, è costretta ad ascoltare lo stolido chiacchierio del monello pazzo che alberga nel proprio seno. In questo malato anche certi spunti musicali prendono possesso della coscienza per qualche tempo sotto forma di rappresentazioni incoercibili. Fortunatamente la nevrastenia del mio collega è a decorso interrotto, e durante i lunghi intervalli l'ossessione tace.

Idee ossessive d'azione. — Di solito le idee incoercibili sono frivole e indifferenti: non diventano moleste che per l'insistenza con cui si ripetono. Ma qualche volta è disgustoso anche il loro contenuto. Cosicchè una donna maritata, il cui padre soffriva di malattia cutanea, essa aveva inteso dire che quella malattia poteva essere sifilide; e da tale diceria, venendole in mente che suo padre avesse avuto una malattia immonda, concepì un'involontaria avversione fisica per lui, un vero schifo ossessivo, che le impediva di mangiare in sua presenza, benchè gli conservasse stima ed affetto filiale ed anche dopo che i medici (non so se

La distinzione è più laboriosa e talvolta impossibile nei casi di tabe, di paralisi progressiva e di demenza precoce; e spesso si deve aggiornare fino a quando compaiono i primi segni certi di queste malattie organiche. Nei paralitici progressivi la nevrastenia è piuttosto apatica, spesso contraddittoria, poco ragionata; talvolta le idee ipocondriache ch'essa inspira sono enormi e rasentano il delirio; vi è una certa discrepanza tra l'importanza dei disturbi denunziati dal malato e la reazione affettiva quale si dimostra dalla mimica, dal contegno e dalle parole. Traspare quasi sempre un certo grado d'indebolimento mentale che non può sfuggire nè all'alienista, nè agli intimi del malato, se sono avveduti. Ricordo un paralitico agli esordi della malattia, che si sentiva depresso e stanco, presentava rigidità di pupilla e pareva nevrastenico; una sera ad un ballo, non trovando il gabinetto, orinò di nascosto in un bicchiere e commise qualche altro atto di spensieratezza con un'ingenuità serena e prettamente paralitica. Invece i nevrastenici veri sono intelligenti, buoni osservatori e descrittori squisiti. Ma non sempre l'indebolimento mentale dei paralitici si lascia scoprire; e la diagnosi differenziale non si fa praticamente che *a posteriori*.

G. C., trentacinquenne, padre di famiglia, che sofferse di sifilide a 17 anni, ammala di periostite alla mascella. Si produce un ascesso nell'interno della cavità orale con enorme tumefazione esterna. Inciso l'ascesso e guarito dalla periostite, l'infermo si lamenta d'essere diventato grosso, deforme, grottesco, altissimo. Ma la sua *dismorfofobia* non è un dubbio, è una convinzione; ed anzi questa convinzione è trasferita dal malato su tutti gli esseri viventi. Gli uomini sono enormi, toccano quasi il soffitto, e i loro abiti crescono in proporzione; la moglie (bella e giovane) gli desta commiserazione, tanto è cambiata ai suoi occhi; gli animali soggiacciono alla stessa metamorfosi. Ma le piante e le cose inanimate conservano la loro figura. A questa *dismorfofobia* di falsa lega si associano fenomeni d'indebolimento mentale (passività, indifferenza, smemoratezza, puerilità di contegno) e i segni somatici della *paralisi progressiva*, come rigidità delle pupille, anisocoria, un accesso apoplettiforme.

R. L., cinquantenne, tabetico (miosi ed abolizione dei riflessi patellari) soffre contemporaneamente di due ossessioni: quella della rabbia (*lissofobia*) e quella dei *tunnels* (*claustrofobia*). Siccome è viaggiatore di commercio, non può, causa la doppia fobia, nè camminare a piedi per paura dei cani, nè percorrere certe linee ferroviarie per paura dei *tunnels*. Anche l'orrore dei *tunnels* si confonde un po' con la patofobia, perchè si impernia soprattutto nel timore di non poter respirare. Il malato è irritabile, convinto d'essere malato, ma lucido. Dopo due o tre anni d'ossessioni preludenti alla tabe, si dichiarò una tabe-paralisi che travolse le fobie, dando luogo a indebolimento mentale e delirio. È dunque il caso d'un accesso nevrastenoforme collegato ad un grave processo organico e che ne accompagna l'inizio.

La demenza precoce esordisce quasi sempre, specialmente nei giovani,

con idee ipocondriache che vengono ascritte alla nevrastenia. Ma spesso le parestesie e i dolori degli infermi sembrano ostentati: qualche volta non si capisce se il malato scherzi o se parli sul serio; altre volte si tratta di sensazioni così strane che non corrispondono al quadro, abbastanza povero e preciso, della nevrastenia. Il contegno del demente precoce è lieto, petulante o indifferente o volubile; insomma non è punto conforme allo stato d'animo d'un nevrastenico puro sangue. Se vi sono ossessioni, si presentano a frotte o si succedono a breve termine come in un caleidoscopio. Nel rivelarle al medico il malato non è lucido, ordinato, preciso come il nevrastenico, ma disordinato, ampolloso, incerto, e spesso si contraddice. Sembra quasi che abbia delle *arrière-pensées*; ma si esprime male o perchè le sue sensazioni non sono nette o perchè le sue confessioni non sono sincere.

Un giovane medico, che si laureò con onore, di figura aitante e regolare, di modi brillanti, è all'inizio della *demenza precoce*. Si può stabilire questa diagnosi dalla grave eredità psicopatica e dalla fatuità che già comincia a trasparire nel suo contegno. Il malato non si occupa più di medicina, crede di poter imparare senza studiare, nè osservare, per mezzo della sola speculazione; d'altra parte obbedisce ai miei consigli letteralmente, senz'ombra di critica, con indifferenza, fino a consegnarsi al Direttore d'un Sanatorium; e sì che non si crede ammalato. La contraddizione tra ciò che fa e ciò che pensa questo disgraziato infermo diventa ancor più inesplicabile (salvo con la diagnosi di demenza precoce) quand'egli abbandona all'improvviso il Sanatorium per entrare in un vero e proprio manicomio senz'avermi interpellato, di sua iniziativa.

Orbene, il malato è affetto da *dismorfofobia*; ma il suo timore, in luogo d'essere respinto come assurdo dalla coscienza, acquista subito il carattere d'una convinzione. Il dottor B... è certo d'esser deforme e di attirarsi l'antipatia dei passanti, l'orrore dei conoscenti. Egli è appena entrato nel novero dei nevrastenici, che già ne esce per passare in quello dei paranoidi. Qui si tratta certamente d'una crisi psicasteniforme con caratteri ambigui, che accompagna gli esordi d'una demenza precoce.

Uno studente di medicina di mediocre intelligenza, ma già prossimo alla laurea, comincia a lamentarsi di cefalea, pollazioni, dolori lancinanti al petto, difficoltà di respiro, aritmia di cuore, smemorataggine; consulta tutti i suoi maestri; si isola dai compagni; trascura lo studio; si dà alla lettura di vecchi libri. Ma in luogo di limitarsi alla parte di sintomatologo, s'avventura alla diagnosi e pretende di scoprire in sè stesso, simultaneamente, la meningite, l'impotenza sessuale, la tabe, la tubercolosi polmonare e un vizio cardiaco. Con tutto ciò non è molto triste e le sue condizioni fisiche sono ottime: è un giovane tarchiato, robustissimo. A poco a poco si dimentica dei sintomi, non ne parla e si comporta come se non li avesse; ma si ostina sempre più nelle sue diagnosi molteplici, ne pretende la conferma dai clinici, le discute, le ripete con ostentazione come un ritornello con accento monotono e indifferente. Battezzato da principio per un nevrastenico, riceve la cresima d'ipocondriaco; ma in realtà è un demente precoce. Le idee ipocondriache vanno diventando

quanto alla patogenesi, le interpretazioni immaginate dai clinici, malgrado la loro numerose varietà, non fanno che rispecchiare le teorie fisiologiche della fatica e seguirne le vicende. La fatica, come la nevrastenia, è certamente sentita nelle cellule dei centri nervosi; ma quale è la sua origine? Tutti s'accordano, naturalmente, nell'attribuirla all'esercizio esagerato delle attività organiche e al maggior accumulo dei prodotti catabolici che accompagnano il dispendio d'energia funzionale. La divergenza comincia quando si tratta di fissare la fonte anatomica dei prodotti regressivi che, penetrando nel torrente circolatorio, avvelenano il cervello. Si suppone *a priori* che, fra tutte le funzioni, possano portare un contributo alla fatica quelle che, per discontinuità e per disuguaglianza di distribuzione o d'intensità, sono soggette a grandi oscillazioni del loro chimismo: è lo stesso che dire le funzioni muscolari e le funzioni nervose. Ma l'esperienza e la fisiologia insegnano che il metabolismo è massimo nei muscoli, minimo nel cervello (pag. 37-43).

Sono quindi da considerarsi come antiquate le teorie che pretendono di spiegare l'indebolimento o l'esaurimento del cervello come un effetto immediato del suo chimismo particolare, sia per insufficiente eliminazione dei prodotti regressivi, sia per insufficiente assimilazione delle sostanze anaboliche. Tali sono le teorie di Beard, di Kaan, di Féré, e in parte anche quella di De Fleury, tutte inspirate alla convinzione che la nevrastenia derivi dallo strapazzo psichico e che il sopralavoro, come pure il lavoro della corteccia cerebrale, abbiano una grande importanza nell'economia chimica dell'organismo.

La maggioranza dei clinici propende oggi a considerare la nevrastenia come una reazione a distanza. Il cervello (qualche volta il solo midollo spinale) è irritato dal passaggio di prodotti tossici che si versano nel sangue e provengono da alterazioni generali. Questi prodotti del ricambio esercitano un'azione poco diversa da quella che si produce fisiologicamente quando il catabolismo muscolare è rilevante; e così si determina un senso illusorio di fatica, spesso anche una vera astenia. Hayem pensa che la nevrastenia dipenda da alterazioni dei processi digestivi che darebbero luogo a prodotti disadatti, inadeguati alla nutrizione e renderebbero la riparazione fisiologica inferiore al consumo. Secondo Bouchard, la dilatazione di stomaco, la stasi, l'ipocloridria provocano fermentazioni putride, ossia una specie d'indigestione cronica, che in realtà chiarisce molti casi di nevrastenia, ma non tutti. Secondo Glénard, i nevrastenici si troverebbero sempre in uno stato complesso di *enteroptosi* con atonia gastrica e un disturbo del chimismo epatico, che dipenderebbe da queste condizioni anatomiche e che costituirebbe l'agente tossico della malattia: teoria ipotetica, esclusiva e mal connessa, che probabilmente non è mai vera, nemmeno in casi eccezionali.

Sono più verosimili e in grado d'abbracciare un assai maggior numero di casi, per non dire la totalità, le teorie che indicano la fonte dell'agente tossico non in un singolo apparecchio funzionale, ma nell'intero organismo. Così AXENFELD, HUCHARD, LEMOINE e BORDASIES ravvicinano la nevrastenia all'artritismo, ossia la considerano come un pervertimento del ricambio generale, che è caratterizzato sopratutto dall'insufficienza costituzionale dei processi d'ossidazione.

L'artritismo, il diabete, la gotta, l'obesità (BIERNACKI) sarebbero le varie espressioni cliniche di questo pervertimento, e la nevrastenia rappresenterebbe la varietà nervosa del medesimo gruppo nosologico. La *diatesi nevrastenica* è molto affine alla *diatesi arterio-sclerotica* (RENZI), ed entrambe si allacciano o come anomalie collaterali o come cause o come effetti al gruppo delle malattie indicate da BIERNACKI. Ma oltre alle alterazioni del ricambio generale è giusto tener conto particolare di quelle intossicazioni che provengono esclusivamente dall'inerzia muscolare e chimica dell'intestino (BECHTEREW).

Una leggiera anomalia del ricambio generale e la scarsa eliminazione di prodotti regressivi, siano normali o no, non bastano a produrre nè febbre, nè sopore, nè delirio; ma, come la fatica e la sonnolenza fisiologiche, sono sufficienti a determinare effetti subiettivi d'esaurimento: stanchezza, parestesie, idee incoercibili. A questo effetto concorre da una parte il vizio costituzionale od accidentale del ricambio, ma dall'altra anche l'intolleranza sempre costituzionale della cellula nervosa di fronte ai veleni fisiologici in genere o a qualcuno di questi veleni in ispecie. Se l'intolleranza è massima e generica, si ha la nevrastenia allo stato continuo, perchè l'organismo non è mai completamente libero di qualsiasi prodotto regressivo; se l'intolleranza è minima e specifica, la nevrastenia non si manifesta che ad episodi. Ma in ogni modo questa esagerazione della sensibilità nervosa è costituzionale e soggetta alla legge dell'eredità similare: il chimismo generale non esercita nella patogenesi della nevrastenia che un'influenza complementare. All'azione tossica il metabolismo autoctono dei centri nervosi non può concorrere che in proporzioni insignificanti.

CURA.

Se la nevrastenia è determinata da un'intolleranza assoluta e generica a qualunque veleno fisiologico, la cura non potrà avere altro scopo che quello di regolare nel modo più perfetto il ricambio generale, diminuendo i rischi dello sbilancio chimico e quindi le sofferenze dei malati. Essa potrebbe proporsi come scopo remoto anche di portare la sua opera risa-

CAPITOLO XIX.

L'isterismo

L'isterismo è un'attitudine costituzionale, per lo più ereditaria, dei centri nervosi a reagire in modo paradossale sotto l'azione di stimoli che riescono inavvertiti o insignificanti nei normali. Queste reazioni paradosse, con cui l'isterismo si manifesta dall'adolescenza in poi e talvolta dall'infanzia in tutte le sfere dell'innervazione, sono positive e negative, permanenti ed effimere, frequenti e rare, parziali e generali, futili ed importanti, a seconda dei casi e dei momenti, ma non senza limiti e norme; e tra gli stimoli che le provocano primeggiano le emozioni, sempre potenti e capricciose nei loro effetti anche tra gente sana e ben conformata. Di fronte alle leggi fisiologiche, l'isterismo è dunque l'illegalità, non l'anarchia. Più che una malattia è un'anomalia dell'equilibrio nervoso, a cui forse corrisponde un'anomalia (e non grave) dell'equilibrio chimico. Perciò l'isterismo non è nè causa, nè effetto d'alterazioni anatomiche; non conduce mai alla demenza; e le sue manifestazioni, per quanto localizzate e continuate, non sono mai irreparabili.

Si pretende che tutti i sintomi dell'isterismo siano d'origine psichica, cioè che derivino da una squisita suggestività. E infatti non v'è neppur uno tra i fenomeni isterici che non si possa riprodurre alla perfezione per mezzo dell'ipnotismo. Prima di diventare *reazioni*, questi fenomeni morbosi sono immagini, sia pur fuggevoli; uscendo dal foco della coscienza, per una speciale irritabilità dei centri reattivi, acquistano valore d'impulsi. Forse l'immagine retrocede, per vie centrifughe, nei centri inferiori dell'innervazione incosciente, con un processo fisio-patologico analogo a quello dell'allucinazione. Ma sono sempre immagini messe in azione? Gli isterici, si dice, tendono a eseguire senza volerlo tutto ciò che pensano; ed è vero. Ma essi eseguiscono anche ciò che non pensano, che non ricordano d'aver pensato e che non hanno effettivamente mai pensato; e il loro potere d'esecuzione (o d'ommissione) invade il dominio dell'innervazione incosciente. Non è così degli ipnotiz-

l'innervazione, ivi può arrivare l'isterismo; anzi i più caratteristici dei suoi sintomi si svolgono appunto nelle forme inferiori dell'attività nervosa, come sarebbero il tono muscolare, le funzioni vasomotorie, il trofismo. Perciò, mentre il punto di partenza da cui muovono gli stimoli provocatori è localizzabile nei centri psichici e talvolta assume senz'altro l'aspetto d'una rappresentazione cosciente o quasi d'una volizione, gli effetti della reazione morbosa non hanno che ben di rado una veste psichica e non sono attaccati allo stato d'animo, al carattere morale del soggetto, alla suggestione interagente, che per virtù d'un legame morboso, talvolta improvvisato.

Insomma, l'isterismo è un'anomalia che le persone normali non saprebbero contraffare neppur volendo: se lo potessero, non riescirebbero a persistervi. Ma d'altra parte gli isterici e le isteriche si distinguono immensamente dai veri pazzi. Per quanto le loro irregolarità d'innervazione siano d'origine psichica; per quanto la suggestione sia in certo modo la chiave di tutti gli enigmi isterici e l'isterismo sia stato definito con ragione come una psicosi, è un fatto che questi nevropatici sono individui lucidi, intelligenti, pochissimo esposti ai profondi disordini della mente. E spesso anche il loro carattere morale è ben lungi da quella fatuità e da quei pervertimenti di cui l'ha gratificato la tradizione.

SINTOMI.

Tra i sintomi dell'isterismo si distinguono i parossismi e gli stati interparossistici. I parossismi comprendono non solo il grande accesso e il piccolo accesso, ma anche gli episodi più o meno prolungati di paralisi, di contratture e di turbamenti acuti nel campo dell'innervazione vasomotoria, trofica e viscerale. Gli stati interparossistici sono caratterizzati dalle stigmate somatiche e psichiche, cioè dalle anomalie abituali della sensibilità generale e specifica, del tono muscolare, dell'affettività e del ricambio chimico.

Grande accesso isterico. — Il grande accesso isterico è il sintomo patognomonico della così detta istero-epilessia, che, come insegna Charcot, non ha nulla che fare con l'epilessia. L'isterismo e l'epilessia possono coesistere in uno stesso malato e può avvenire che un isterico diventi poi epilettico; ma gli attacchi d'isterismo sono sempre distinti da quelli d'epilessia, e non v'è crisi o sintomo in cui le due malattie si combinino o si confondano.

Nell'accesso isterico è sempre assai chiara l'origine emotiva. Il suono delle campane, un organo di Barberia, la comparsa del medico, l'illuminazione improvvisa d'un ambiente oscuro, un temporale, una porta

sbattuta, una cattiva notizia, un'ingiuria, una minaccia, il sopravvenire della mestruazione bastano a provocare una crisi convulsiva o qualche cosa d'equivalente.

Queste crisi sono precedute da uno *stato d'aura*, che assume forme caratteristiche e costanti in ogni soggetto. L'aura isterica non è istantanea come l'aura epilettica, e qualche volta si presenta per proprio conto senz'essere seguita da alcun accesso. Gli ammalati *hanno i nervi*: sono tristi, malinconici, impazienti, irritati, piangono per nulla o si abbandonano ad un'ilarità sfrenata o dormono un sonno agitato da sogni opprimenti e si affaccendano disordinatamente. E questo quadro costituisce l'*aura psichica*. L'*aura sensitiva* consiste specialmente nell'esasperazione di tutte le zone [illegible] ed isterogene, che divengono dolorose e sede di nevralgie o di spasmi. Il *chiodo isterico*, posto in cefalea al vertice del capo, il *bolo isterico*, l'*ovarialgia*, le *cardialgie* sono sovente la preparazione d'un accesso. Una forma specializzata d'aura *sensoriale* è quella che consiste in *allucinazioni*.

Dall'aura, perdendo ogni residuo di volontà e talvolta anche ogni traccia di coscienza, i malati passano all'accesso propriamente detto. La scuola di CHARCOT divide l'accesso in quattro periodi. Il primo è il *periodo epilettoide* con le convulsioni tonico-cloniche e con una crisi finale di risoluzione accompagnata da respiro stertoroso; durante questa fase il collo si gonfia e le pupille, dopo essersi ristrette, si ingrandiscono (FÉRÉ). Segue un *periodo di clownismo*, in cui i malati o le malate assumono atteggiamenti da *clown*, si abbandonano a contorsioni satanniche, imprevedute, svariate, violente, in contrasto con le leggi dell'estetica, del pudore e quasi persino della gravità. Tra questi atteggiamenti è da notare l'*arco di cerchio*, per cui il corpo dell'isterica si solleva sul letto come un ponte a volta, mentre la testa e i talloni si avvicinano e formano gli unici punti d'appoggio; l'*artiglio* o *griffe cubitale* dove la mano è flessa fortemente, le ultime due dita sono chiuse e le tre prime distese, rigide e divaricate; i movimenti di salamelecco; le oscillazioni del bacino che imitano il coito; e tutta la plastica teatrale degli indemoniati. Il terzo periodo dell'accesso è quello degli *atteggiamenti passionali*: mistici, erotici, serafici, lacrimosi, con allucinazioni e con sogni che ricordano lo stato sonnambulico degli ipnotizzati. Gli infermi sono immobili e sembrano raccolti nella preghiera, crocefissi, rapiti in estasi amorosa, attenti in ascolto d'una voce lontana, minacciosi coi pugni chiusi e lo sguardo torvo, infervorati a scrutare il terreno formicolante d'insetti (zoopsie). Durante questo periodo le isteriche sono in grado di parlare e talvolta parlano in tono fatidico. Così parlavano alle turbe fanatiche le pitonesse e le sibille. A poco a poco i movimenti cessano, gli atteggiamenti pla-

stici si risolvono, la coscienza ritorna, e il malato s'affligge, piange, si dispera o si mostra avvilito, taciturno e sospettoso, o si abbandona ad un delirio più o meno protratto, che chiude l'accesso.

Secondo Bernheim, questa successione regolare di periodi non è che un prodotto artificiale, una suggestione scolastica della Salpêtrière. Io credo che Bernheim abbia ragione. Alla Salpêtrière convenivano innumerevoli isteriche, affascinate dal nome d'un grande maestro; studiate, esposte al pubblico, soggette alla reciproca imitazione o addirittura all'emulazione; facili a cadere gradatamente in un isterismo di maniera. Il grande accesso è il loro genere di lusso. Con questo non intendo dire che l'isterismo della Salpêtrière e in particolare l'accesso istero-epilettico siano il puro effetto d'una suggestione involontaria; ma la suggestione ospitaliera completa, riordina, cristallizza le manifestazioni irregolari dell'isterismo grezzo.

La scuola di Charcot, malgrado le sue benemerenze, ha dato prova anche nello studio dell'ipnotismo d'essere guidata da preconcetti. Mentre si sforzava d'attenersi al più stretto empirismo, elevava a regola, a legge, ossia a preconcetto ogni collegamento fortuito di manovre che interpretava come cause specifiche (la compressione del capo, l'apertura degli occhi, l'applicazione del magnete) con reazioni che interpretava come effetti specifici di quelle cause (lo stato sonnambolico, lo stato catalettico, la polarizzazione delle anestesie o delle paralisi al lato opposto e persino ad altre persone). Così nacquero le illusioni della metalloterapia, dei transferti per mezzo di calamite, dei rimedi con azione a distanza; e così si formò un codice dell'ipnotismo, che pretende di schematizzare in tre stadi rigorosamente distinti le manifestazioni tumultuarie del sonno ipnotico, e di assegnare un determinismo affatto speciale ad ogni stadio. Se l'ipnotismo si rivela con reazioni regolari in serie ordinate, ciò dipende dall'educazione o da un'abitudine individuale o d'un dato ambiente.

Modificazioni dell'orina durante i parossismi. — Il grande accesso isterico e, in grado minore, tutti i disordini parossistici dell'isterismo determinano per poche ore uno stato di *poliuria* (orina nervosa) con minzioni poco frequenti, ma abbondantissime d'orina incolora ed inodora; persino 700 gr. per volta. Ma la quantità d'orina nella giornata è press'a poco normale. Mentre nelle persone sane ed anche negli isterici, all'infuori dell'attacco, la secrezione orinaria lascia un notevole residuo, il peso di questo residuo discende subito dopo l'attacco dalla media di 40 o 52 gr. (per 1000 d'orina) alla cifra di 25 gr. E questa diminuzione avviene in buona parte a spese dell'urea. Secondo le ricerche di Gathelineau e Gilles de la Tourette, l'orina convulsiva offre un'altra particolarità ancor più caratteristica: essa è assai povera di fosfati. L'acido

fosforico, dalla dose di due grammi o due e mezzo nelle 24 ore scende anche a mezzo d'un grammo. Se poi si analizza più minutamente, si vede che questa specie di oligofosfaturia è quasi interamente a carico dei fosfati alcalini, mentre i fosfati terrosi sono in aumento. Nell'orina normale l'acido fosforico è unito agli alcali (sodio e potassio) in proporzione tre volte maggiore che non alle basi terrose (calce e magnesia); invece nell'orina isterica (parossistica) *la formula dei fosfati è invertita*. I fosfati terrosi stanno ai fosfati alcalini non più come 1 a 3, ma come 1 ad 1. Questo fatto ha ricevuto un nome improprio per eccesso; si parla d'inversione nella formula dei fosfati, mentre si avrebbe ragione di dirla invertita solo nel caso che il rapporto 1 : 3 si trasformasse nel rapporto 3 : 1.

Secondo questi stessi autori nulla di simile si verifica durante l'attacco epilettico; anzi avviene il contrario. Invece l'accesso isterico, se anche si manifesta in forme attenuate, determina sempre una diminuzione più o meno notevole dei fosfati alcalini con aumento dei fosfati terrosi; e la quantità complessiva dei fosfati è scemata di circa un terzo. Questo antagonismo tra i risultati urologici *dell'accesso isterico* e quelli dell'accesso epilettico (che accresce l'eliminazione dei fosfati e dell'urea) vale come criterio alla diagnosi differenziale tra le due malattie; e le due formule rispettive, ciascuna dal canto proprio, servono di base alla diagnosi diretta. Immediatamente dopo l'accesso isterico tutto il residuo fisso è notevolmente ridotto; cioè non solo l'urea e i fosfati, ma anche i cloruri e i solfati. Gli urati e l'acido urico sono in diminuzione alla loro volta.

Pare che l'orina parossistica degli isterici perda grandissima parte della sua tossicità (Boeri), e che ne occorrano 200 cc. per ogni chilogrammo di peso se si vuol uccidere con iniezioni un cane od un coniglio. Secondo Mairet, ciò si dovrebbe alla scarsezza delle materie coloranti. L'accesso adempirebbe l'utile ufficio d'agevolare l'eliminazione dei principî tossici.

Del resto, fra tutti questi dati urologici, il più fondamentale, il più dimostrativo e il più dimostrato è quello della poliuria: poliuria momentanea per angiospasmo, che si verifica facilmente anche nei non isterici quando sono stati esposti ad emozioni od a freddo. La povertà del residuo solido non è che una conseguenza della poliuria; e l'alterazione nella formula dei fosfati è un aspetto, non molto facile a spiegarsi, di questa povertà. Quanto alle differenze tra l'orina isterica e l'orina epilettica immediatamente dopo l'accesso, esse hanno un significato abbastanza semplice. L'accesso epilettico provoca un consumo straordinario e rapidissimo d'energia muscolare che accresce il residuo fisso *delle orine*. Invece l'accesso isterico, malgrado la sua esteriorità appariscente, è una crisi psichica di poco momento, che lascia quasi inalterato il chimismo generale e non produce altro effetto interno che quello dell'orina spastica.

Tutte queste forme di tics possono costituire una crisi di piccolo isterismo. Il loro ambito circoscritto e il fatto d'essere coscienti non li rende meno imperiosi ed energici. Alcune malate, poco prima d'essere prese da un accesso di tics, ne avvertono gli astanti affinchè si premuniscano dagli urti. Dai tics si passa, con un crescendo d'estrinsecazioni motorie, agli spasmi *ritmici* ed alla *corea ritmica*. Gli spasmi ritmici sono movimenti più grossolani e vasti dei tics, ma sempre parziali; la corea ritmica è uno spasmo generalizzato che guizza da un gruppo muscolare ad un altro e che di regolare ha solo la reiterazione a pause isocrone. Dalla corea ritmica, quand'è meno grave e accompagnata da incoscienza, si torna al grande accesso, perchè in tal caso i movimenti coreici assumono l'aspetto e il carattere delle convulsioni cloniche o degli atteggiamenti passionali con cui si confondono. Ma anche la corea ritmica rimane nettamente distinta dalla corea volgare o di SYDENHAM, che non è punto ritmica. È vero d'altra parte che l'isterismo, da quel proteo che è, può presentarsi anche con l'apparenza della corea vera, cioè in forma aritmica; ma in questo caso il marchio dell'isterismo si scorge nelle altre stigme o nell'origine emozionale.

Alla stessa famiglia sintomatica appartengono la così detta *corea elettrica od elettrolepsia* (BERGERON) e il *paramioclono multiplo*. Anzi la corea elettrica non è che una varietà infantile (PITRES) della corea ritmica; e solo è da tener presente l'enorme differenza che la separa, malgrado la parziale coincidenza di nome, dalla corea di DUBINI. La corea di DUBINI è una malattia dolorosa, mortale, rarissima e probabilmente infettiva; di più, come ogni altra forma di corea, tranne l'isterica, non si manifesta per accessi, ma in modo continuo. Quanto al paramioclono multiplo, esso non è che una varietà di mioclonia fra le tante; e se, cosa tutt'altro che frequente, è sistematico e ritmico, può acquistare un significato pari a quello della corea ritmica. Secondo MÖBIUS e secondo STRÜMPELL il paramioclono multiplo è sempre un sintomo dell'isterismo.

Episodi morbosi. — Gli episodi morbosi dell'isterismo differiscono dagli accessi perchè sono meno violenti e spesso cronici; differiscono pure dalle stigme perchè, se anche cronici, non durano tutta la vita. La loro durata può variare da poche ore ad alcuni anni; e molto spesso non sono che l'esagerazione d'una stigma abituale o l'attuazione d'una diatesi che costituisce anch'essa una stigma. A questo gruppo di sintomi appartengono certe reazioni vasomotorie e trofiche come pure le paralisi, le contratture, le parestesie e le anestesie. Tutto ciò forma il quadro più frequente e più importante dell'isterismo all'infuori degli accessi; perchè è naturale che le stigme permanenti, non mettendosi in evidenza che durante l'esame del medico, sono quasi sempre ignorate dagli infermi e considerate come

Non solo ecchimosi, ma emorragie svariate sopravvengono non di rado o da sè o come fenomeno vicario della mestruazione in un numero d'isteriche tutt'altro che indifferente. L'ematemesi, le emottisi, le gastrorragie e persino le *enterorragie*, che simulano malattie gravissime, possono non essere che manifestazioni d'isterismo. GRADENIGO pubblicò un caso di *emorragie periodiche* dell'orecchio in una isterica con membrana timpanica imperforata. Se in luogo d'emorragie esterne si producono semplici congestioni interne o stati opposti d'asfissia locale, si capisce che possano nascerne molti fenomeni finora poco spiegati nell'economia delle funzioni secretorie, trofiche e psichiche. Una simile patogenesi è ovvia, ad esempio, per la poliuria o per l'oliguria come pure per la perdita della coscienza.

La natura isterica di questi fenomeni, presi uno per uno, risulta provata dal modo speciale con cui si presentano. Così nella *pseudo-tisi* isterica lo sputo sanguigno, benchè possa arrivare a qualche cucchiaiata, è sempre povero d'elementi cellulari e di pus, ricco d'epitelio pavimentoso, di filamenti di *leptothrix* o di residui alimentari. Un altro fenomeno vasomotorio è l'edema, e gli specialisti dell'isterismo ne descrivono tre varietà, tra cui la più comune è il così detto *edema azzurro*, un edema congestivo ed asfittico; l'*edema rosso*, più caldo, è pure d'origine congestiva; mentre l'edema *bianco* ha per causa un'anemia locale. La sede preferita dell'edema azzurro è nelle mani e nelle parti paralizzate o contratturate o traumatizzate o comunque ammalate, per esempio nelle articolazioni dolenti per *artralgia isterica*. Il fenomeno che porta il nome di *sein hystérique* non è che edema isterico delle mammelle (talvolta unilaterale) a cui si aggiunge il dolore: è insomma una *mastodinia edematosa*, e si osserva spesso isolatamente come espressione d'isterismo monosintomatico ed anche associato ad altri sintomi isterici. La mastodinia isterica conduce facilmente ad errori di diagnosi, perchè qualche volta non è soltanto la cute sollevata in pieghe dall'esaminatore, che si mostra dolente, ma la pressione sveglia dolore nella glandola mammaria.

È probabile che dipendano da vaso-costrizioni o da angioparalisi localizzate la *pseudo-angina* di petto, la *pseudo-vertigine* di *Menière* e alcuni casi di febbre isterica poco accentuata che però si verifica parzialmente all'ascella e non al retto o viceversa. Naturalmente non si possono spiegare a questo modo nè la vera febbre, nè gli abbassamenti termici generali. Che l'isterismo dia luogo a simili perturbazioni della termogenesi è cosa tuttora assai dibattuta: STRÜMPELL non crede alla febbre isterica, mentre SCIAMANNA e molti altri ne registrano esempi rari, con rialzi termici a 43° e fino a 44°; e MIERZEJEWSKI riporta casi di abbassamento termico a 35°, a 34°, a 32° senza collasso, che attribuisce ad isterismo.

Dopo i fenomeni vasomotori vengono secondi in importanza, benchè

più appariscenti, i fenomeni di movimento. Nell'isterismo vi è una diatesi di anestesia che conduce alle paralisi, ed una diatesi di contrattura che conduce alle contratture. Tra le paralisi, le monoplegie della gamba sono assai rare; meno rare quelle del braccio, specialmente del sinistro. Sono invece assai comuni le *paraplegie* e più ancora le *emiplegie*. Alla paralisi si associa molto spesso l'anestesia, così l'emiplegia isterica è quasi inseparabile dall'emianestesia, e all'emianestesia si somma spesso la sordità o l'amaurosi o l'ageusia o l'anosmia sia dalla stessa parte, sia dalla parte opposta, sia bilaterale; per cui il più delle volte la diagnosi differenziale di fronte all'emiplegia capsulare non è punto difficile.

Le paralisi isteriche sono spesso accompagnate o seguite da rigidità; ma ve n'è anche di flaccide. In ogni modo, la contrattura non è un fenomeno che le segua tardivamente ad inflessibile scadenza e con esagerazione dei riflessi, come avviene nelle paralisi capsulari e corticali; perchè la contrattura degli isterici è anch'essa un episodio isterico che entra in scena all'improvviso e spesso per conto proprio, cioè senz'essere preceduta, nè seguita da alcuna paralisi. Del resto, non vi è alcun gruppo di muscoli volontari che si sottragga alla possibilità della paralisi isterica. La paralisi del facciale, che da Brissaud e da Marie veniva nell'isterismo negata e che pochi neurologi avevano osservata, non è una pura apparenza dovuta, come credevasi, alla contrattura unilaterale delle labbra, ma è un fenomeno dell'isterismo e non dei più rari: Ballet, fra gli altri, descrive un'ammalata che, parlando, sembrava in atto di fumar la pipa dalla parte paralizzata.

Caratteristica dell'isterismo è l'incapacità a reggersi in piedi ed a camminare, mentre le gambe conservano la forza ordinaria nelle contrazioni che compiono in posizione orizzontale o stando a sedere, come è facile a verificarsi col dinamometro: Blocq per primo descrisse questa singolarità dell'isterismo col nome di *astasia-abasia*, nome che le è rimasto e che riassume esattamente uno stato di cose sulla cui verità e frequenza si hanno innumerevoli conferme.

L'astasia-abasia non è da confondersi con l'*akinesia algera* (dolorosa), sebbene anche questa sindrome, che può durare qualche decennio, sia da riguardarsi come propria dell'isterismo. Per Bechterew, l'akinesia algera è una nevrosi a sè; ma per Möbius non è che isterismo, e per Spanbock, Strümpell, Erb, Binswanger, Mingazzini è isterismo monosintomatico, a cui non corrisponde alcuna lesione materiale, malgrado la lunga durata della malattia.

L'astasia-abasia (non dolorosa) si presenta in due forme diverse; vi è una forma atassica che deriva da incoordinazione ed una forma veramente paretica che dipende da debolezza. La varietà atassica è piuttosto una distasia.

Una forma frequentissima di paralisi è quella che rende inattive le corde vocali, dando luogo all'*afonia isterica*. Al contrario dell'afonia da catarro o da congestione, l'afonia isterica, che comparisce all'improvviso per cause psichiche o ignote, ma all'infuori dall'azione del freddo, può essere combattuta vittoriosamente con l'*esercizio metodico*; e basta questo per riconoscerne l'origine psicogena. Talvolta l'afonia isterica si prolunga in modo da simulare una tubercolosi della laringe; ma è facile a riconoscersi per quello che è veramente, grazie alla *sonorità della tosse*. Quando l'afonia ha per base un'infermità locale della laringe, è afona anche la tosse.

Oltre alla paralisi del laringeo superiore, gli isterici possono andare incontro ad un vero stato di *mutismo*. Anche il mutismo isterico è d'origine emotiva e costituisce un'imitazione completa dell'afasia corticale (senza emiplegia destra). Tuttavia l'ammalata di semplice isterismo differisce notevolmente dai veri afasici: non si sforza ad articolare parole, non cade mai in parafasie, ma dà di piglio alla penna e scrive senz'esitazione, abbondantemente. Invece l'afasia motrice non si dissocia mai dall'agrafia (DEJERINE). La guarigione del mutismo isterico avviene, al solito, per crisi, ed è certamente in forza d'un episodio simile che potrebbe esser vera la leggenda, secondo la quale il figlio di Creso, muto, ma non sordo, ricuperò la parola per dire al soldato nemico: non uccidere mio padre! Del resto il mutismo isterico può combinarsi persino con la sordità; ed allora si verifica il caso del *sordomutismo isterico*, che è l'unica forma possibile di sordomutismo acquisito ed acuto. MENDEL ne descrisse un caso in un uomo di 31 anni che aveva sofferto fin dalla gioventù di malaria e poi di grande isterismo.

La diatesi amiostenica dell'isterismo non finisce qui. Essa può tradursi in altre paralisi del tutto sistematizzate o assolutamente parziali. Si videro infermi cadere di piombo appena chiudevano gli occhi, presentando il fenomeno di Romberg in forma addirittura perfetta. Non mancano le descrizioni d'*oftalmoplegia totale* con immobilità degli occhi, con amimia e con una certa difficoltà nei movimenti della lingua (BALLET); e sembra che questa sindrome si avveri più specialmente in quei casi in cui l'isterismo si complica col morbo di Basedow. Un sintomo noto dell'isterismo è lo *strabismo*, per così dire, acuto che può far pensare a meningiti, a sifilide cerebrale, a tubercoli solitari, e che si accompagna, naturalmente, con *diplopia*. L'incoordinazione dei muscoli dell'accomodazione può dare luogo a *diplopia monoculare*.

Il meteorismo è un incomodo molto comune fra le isteriche. Qualche volta anche questo incomodo si deve riferire alla diatesi amiostenica, perchè le ammalate, avendo il dono poco invidiabile di poter inghiottire dell'aria a loro piacere, non la emettono per la via dell'esofago, ma la

passionali, ma, tranne in questo caso, esse rassomigliano alle comuni contratture che s'incontrano nelle malattie organiche. Si hanno contratture effimere e contratture permanenti; si hanno anche contratture per imitazione. Tutte queste contratture, mentre si presentano come quelle d'origine organica, si comportano diversamente: per lo più svaniscono durante la narcosi, ma talvolta persistono nel sonno.

Quando lo stomaco è sofferente per una causa qualunque, sia pur lievissima, la diatesi spastica si manifesta con *conati* ed anche col *vomito incoercibile* ([illegible]). In questo caso è efficace la lavatura dello stomaco o la semplice introduzione della sonda. Tuttavia l'irritabilità dell'esofago può rendere difficile questo rude espediente di terapia suggestiva.

Se l'isterica è sollecitata da un minimo stimolo nella mucosa nasale o da una reminiscenza analoga, non è raro il caso che i suoi muscoli espiratori entrino in una serie di contrazioni spasmodiche ossia in un parossismo di *starnuti*, che poi diventano abituali. Si conosce egualmente una tosse spasmodica dell'isterismo, che può esplodere periodicamente ad ora fissa o in una determinata posizione del corpo. È assai caratteristico anche il *singhiozzo isterico*; conobbi un'ammalata che ne soffrì per anni dalla mattina alla sera, e nemmeno la suggestione ipnotica bastava a farlo cessare, fuorchè per qualche ora. Contro questo sintomo, a cui non si sottraggono del tutto neppur le persone normali, è noto quanto giovi la sorpresa; e un comando autorevole può metter fine alla piccola crisi. Ma il singhiozzo degli isterici è più durevole. Nell'isterismo è possibile, ma raro, lo *sbadiglio spasmodico*. Un'ammalata di CHARCOT sbadigliava otto volte al minuto, ciò che vuol dire una serie di 480 sbadigli all'ora e di 7200 in quindici ore di veglia. Queste inspirazioni incoercibili non cessavano che nel sonno, e si distinguevano dallo sbadiglio fisiologico, oltrechè per la persistenza, per l'enorme spostamento delle mascelle, tale da minacciare lussazioni. Lo sbadiglio isterico può presentarsi come un fenomeno continuo ma episodico, ed anche come un equivalente del piccolo accesso.

Il *bolo isterico* o *globo isterico* è un fenomeno di gran lunga più frequente e caratteristico, ma non è facile a classificarsi. Può preludere all'accesso, può costituire l'aura d'un accesso abortito e può rinnovarsi abitualmente come la tosse. Qualche volta è complicato con l'aerofagia ossia con deglutizione d'aria. Da un lato è una sensazione o un complesso di sensazioni ed appartiene al gruppo dei disturbi sensitivi; dall'altro è uno stato spastico ed appartiene alla diatesi di contrattura. Infatti è uno spasmo, spesso ritmico, della faringe e dell'esofago. L'isterica fa vani sforzi per inghiottire la saliva, non può bere, o a stento riesce a

respirare: donde il senso di soffocazione e la congestione della faccia. GILLES DE LA TOURETTE pretende che il globo isterico possa condurre alla morte.

Fra i tremiti rapidi e i tremiti lenti CHARCOT colloca il *tremito isterico*, che considereremo come un'espressione della diatesi spastica, ma che sotto certi aspetti meriterebbe forse di passare fra i segni d'amiostenia. Sembra che gli uomini ne soffrano più spesso delle donne e che sia uno dei sintomi prediletti dell'isterismo traumatico. Del resto, il tremito è, a seconda dei casi, generale (testa, tronco e membra) o parziale, localizzato alle braccia o alle gambe o ad un membro o ad un segmento d'un membro, qualche volta dura dei mesi o degli anni, e l'ampiezza delle sue oscillazioni può aumentare sotto l'azione delle consuete cause isterogene. Quanto alle forme del tremito isterico, il più delle volte sono simili a quelle di altre notissime malattie. Vi è un tremito con 3 o 4 oscillazioni per secondo che simulano la *paralisi agitante*; un tremito rapido con 8 o 9 vibrazioni per secondo che imita il *morbo di Basedow*; un tremito intenzionale di rapidità mediocre, che sembra quello della *sclerosi a placche*; o un tremito delle gambe che, per la sua insolita localizzazione, rassomiglia alla trepidazione della *paraplegia spastica*. Il reperto negativo dell'autopsia indica la causa di tutti questi tremiti nell'isterismo.

Un gruppo sterminato di sintomi isterici è quello che comprende i disturbi della sensibilità e dei sensi specifici. Primissimo l'*emianestesia*, su cui si basano molte diagnosi d'isterismo e che, specialmente se è accompagnata da emiplegia, è veramente un sintomo patognomonico. È vero che spesso questo sintomo è occulto od allo stato latente e che i malati non si accorgono della loro imperfezione, se non al momento dell'esame medico; ma ciò non toglie all'emianestesia il suo valore diagnostico. In primo luogo l'emianestesia è quasi sempre localizzata a sinistra, cosa che non avverrebbe se essa fosse dovuta puramente ad una suggestione provocata dal medico con l'atto stesso di saggiare la sensibilità o d'interrogare il malato. Dato che la suggestione involontaria del medico avesse una tale efficacia, non vi sarebbe ragione che si attuasse alla metà sinistra del corpo con una preferenza così sistematica. Bisogna dunque ammettere che negli isterici preesista una tendenza all'anestesia del lato sinistro e che la suggestione dell'esame medico non faccia che tradurla in atto ed accentuarla in modo da renderne avvertito il malato.

Per lo più l'emianestesia isterica è completa perchè riguarda insieme il tatto, il caldo, il freddo, la pressione e il dolore; ma non è raro il caso di un'insensibilità limitata al dolore. Spesso l'emianestesia è collegata con paralisi omonima od opposta d'un senso oltrechè dei movimenti. Essa differisce dalle emianestesie d'origine organica perchè non c'è ne

formicolio, nè intormentimento, nè senso di pulsazione. Nelle emianestesie capsulari i sensi non sono mai coinvolti, tranne il caso speciale e tipico dell'emianopsia bilaterale omonima. Piuttosto è da ricordare che un certo grado di emianestesia (destra o sinistra con pari frequenza) s'incontra spesso nell'epilessia (Lombroso).

Nell'isterismo è molto rara l'anestesia totale; anzi Oppenheim non ne osservò mai alcun caso, malgrado la sua grande esperienza in materia. Qualche volta si ha un'anestesia quasi totale, ma con un'isola di sensibilità regolare in forma di rettangolo o di trapezio che non corrisponde ad alcun territorio anatomico d'innervazione. Meno rara dell'anestesia totale è l'insensibilità a placche molteplici. Queste placche od isole d'anestesia si potrebbero confondere con gli scotomi (si passi la metafora) d'insensibilità cutanea che caratterizzano la siringomielia; ma nella siringomielia si riscontra anche la così detta *dissociazione siringomielica della sensibilità* (si perde la sensibilità termica e dolorifica, mentre si conserva la tattile), e alle zone insensibili si sovrappongono o si mescolano le zone distrofiche, ciò che non accade nell'isterismo.

Un sintomo fondamentale e assai frequente dell'isterismo è la *riduzione concentrica del campo visivo*, anch'esso ha importanza nella diagnosi. Il primo a farne cenno fu Graefe. L'*ambliopia* e l'*amaurosi isteriche* non sono che l'esagerazione di questo sintomo spinta al massimo grado possibile. Ma, prima di condurre all'amaurosi, il restringimento del campo visivo può manifestarsi in modo diverso di fronte ai vari colori, limitandosi ad alterare la graduatoria fisiologica tra i vari campi speciali della visione cromatica. Nei normali il campo di visione più esteso è quello del bianco; segue l'azzurro; vengono poi il giallo, l'aranciato, il rosso e il verde; ultimo è il violetto. L'isterismo può ridurre il campo visivo a danno, per esempio, dell'azzurro; e in tal caso il campo del rosso, quello dell'aranciato e quello del giallo restano favoriti e primeggiano subito dopo il bianco.

Se poi la riduzione concentrica subisce per ogni colore una riduzione campimetrica proporzionale alla rispettiva estensione fisiologica, è naturale che i colori la cui perimetria è meno estesa soffriranno un danno relativamente maggiore; e la perdita potrà arrivare al punto, da produrre la *cecità parziale*, come suppone Galezowski. La cecità parziale si verifica soprattutto a danno del violetto e del verde, che sono i due colori più accentrati, e colpisce difficilmente l'azzurro od il giallo. Tuttavia queste acromatopsie parziali non sono d'origine retinica. Per provarlo, Regnard ricorre ad un esperimento molto elegante. Posta la cecità parziale al verde, egli fa uso d'un disco su cui sono disegnati raggi rossi e raggi verdi. Gli ammalati o sospetti d'isterismo (anche gli epilettici vanno soggetti a dis-

cromatopsie postacconsuali) percepiscono correttamente i raggi rossi, ma confondono il verde col bianco. D'altra parte, appena si fa girare il disco, lo vedono bigio. Ciò significa che nella loro retina i raggi rossi si sono sommati coi verdi per formare il bianco o il bigio; mentre, se si trattasse di vero daltonismo retinico, dovrebbe, anche col disco in moto, persistere l'immagine del rosso e nulla più.

Anche l'udito è sistematicamente bersagliato dall'isterismo. La sordità isterica è più spesso unilaterale che bilaterale, si accompagna spesso con ronzio ed altri fenomeni subiettivi e si localizza quasi sempre nel lato dell'emianestesia a cui di solito si associa; ma ciò che più caratterizza questo sintomo è il fatto che, in caso di sordità isterica, anche il padiglione dell'orecchio, la conca e il condotto uditivo esterno sono insensibili, ciò che non si verifica mai nelle sordità da lesioni organiche. Inoltre la trasmissione dei suoni si effettua peggio per via ossea che per via aerea, come è facile verificare col diapason (prova di Rinne) od anche semplicemente coll'orologio, e così si può subito escludere che la sordità dipenda da malattie periferiche dell'orecchio.

L'anestesia può localizzarsi anche nelle mucose che tappezzano gli organi genitali e la vescica. Si ha l'*anafrodisia*. La pressione dell'urina non risveglia più il bisogno della minzione, e si ha una *ritenzione* non dolorosa dell'urina, che a lungo andare è rinforzata da contratture dello sfintere vescicale. La *ritenzione* dell'urina, che necessita l'uso della siringa, è frequente nei casi di *paraplegia isterica*. Si menzionano anche casi di *anestesia del retto*.

Nel campo degli altri sensi specifici abbiamo le *ageusie* e le *anosmie*. La ripugnanza al cibo è frequente e può arrivare fino alla *sitofobia*. Vi sono bambini *isterici* in cui l'anoressia è dovuta ad isterismo grave. Bisogna stare all'erta per non confondere questi casi con quelli di insensibilità gustativa ed olfattiva per cause locali. Nell'isterismo non è escluso che operino cause del tutto analoghe; ma gli effetti sono sproporzionati, spesso paradossali e ad ogni modo dipendono in massima parte dal concorso dei centri psichici di rappresentazione.

Gli altri disturbi della sensibilità specifica e generale, piuttosto che presentarsi come episodi acuti dell'isterismo, sono stigme costituzionali e pronte a comparire in qualunque momento, purché le circostanze le mettano in luce.

Le stigme isteriche. — Nella sfera dei movimenti le stigme isteriche non esistono che allo stato di semplici disposizioni; vi è una *diatesi convulsiva*, una *diatesi spastica* ed una *diatesi amiotrofica* o *paralitica*, a cui basta un minimo stimolo, talvolta inconscio, per tradursi in convulsioni, in contrattura od in paralisi; e gli episodi isterici, compreso l'accesso, non

sono altro che l'attuazione di queste diatesi potenziali. Talvolta lo stimolo provocatore è patologico ed accidentale: una percossa, una malattia locale, una sorpresa, un'emozione grave, un dolore morale. Talvolta l'eccitamento non è accidentale, ma è strettamente connesso con la costituzione isterica; e in questo caso può darsi che parta direttamente dal cervello in quanto il cervello è sede d'un abnorme stato di coscienza, o che invece provenga bensì dal cervello, ma come semplice risposta ad un'abnorme sensazione. L'abnorme sensazione o l'abnorme assenza d'una sensazione sono a loro volta l'espressione d'una stigma isterica, perchè hanno origine da zone limitate e costanti della cute, delle mucose o dei visceri profondi, che costituiscono una sorgente perenne di reazioni isteriche, ed appunto perciò prendono il nome di *zone isterogene*. Le zone isterogene diventano facilmente anche zone ipnogene.

Le stigme isteriche si rivelano dunque anche nel campo della sensibilità come in quello della mentalità: sono tasti falsi che, premuti od anche senza pressione esterna, danno sempre una nota sbagliata.

Tra le stigme della sensibilità, l'emianestesia e specialmente l'emianestesia sinistra, che così spesso si palesa completa in forma d'un episodio acuto, veglia in permanenza ed allo stato d'attenuazione sotto forma di ipoestesia. Sono pochi gli isterici che sentano egualmente nelle due metà del corpo. L'ipoestesia destra e più spesso la sinistra costituiscono una stigma permanente non solo dell'isterismo, ma anche dell'epilessia, come bene osservò Lombroso e come confermarono Tonnini ed altri. Un'anestesia locale e molto caratteristica dell'isterismo è quella che si osserva, toccando leggermente con un cucchiaio, nella mucosa della faringe: l'assenza del *riflesso faringeo* al contatto d'un corpo estraneo è una causa probabile del *bolo o globo isterico*. Nell'isterismo è assai frequente anche la mancanza del *riflesso congiuntivale*: se si titilla il bianco dell'occhio con la capocchia d'uno spillo o con l'angolo d'un fazzoletto, l'isterico non ne risente alcuna molestia e l'occhio rimane immobile, mentre nei normali si ha la chiusura violenta e involontaria o per lo meno lo spasmo delle palpebre. Ma questa stigma non è così probatoria come la precedente, perchè molto spesso dipende dal modo con cui si applica nell'occhio lo strumento investigatore: i soggetti preavvertiti e che si sentono toccare un po' lontano dalla cornea tollerano con indifferenza queste manovre anche senz'essere isterici.

L'*iperestesia* della regione ovarica sinistra è una stigma dell'isterismo che per la sua grande frequenza e pei commenti a cui ha dato luogo merita un'attenzione particolare. Nota fino dai tempi di Romberg e di Piorry, l'iperestesia ovarica, quantunque non abbia bisogno di provocazione per manifestarsi, cadde in dimenticanza per lunghi anni insieme con

la teoria antiquata che attribuiva l'isterismo a cause erotiche o ad anomalie dell'utero. Ma nel 1873 CHARCOT riprese in esame questo sintomo, attribuendogli una localizzazione profonda e precisa nel corpo stesso dell'ovaia: FÉRÉ pretende che, durante la gravidanza, l'iperestesia della regione ovarica si sposta, seguendo le migrazioni delle ovaie. In realtà sembra difficile premere sull'ovaia se non si ricorre al metodo bimanuale che usano nelle loro esplorazioni i ginecologi. Ad ogni modo, profonda o superficiale che sia, l'iperestesia ovarica ha non solo un valore diagnostico, ma anche un'importanza isterogena. Spesso l'accesso si sviluppa da un'ovaralgia spontanea che lo precede come un'aura.

Sono stigme dell'isterismo anche la *mastodinia*, la *rachialgia*, la *pleuralgia*, la *sacrodinia*. Il *chiodo isterico* è un'iperestesia della regione bregmatica che, accendosi spontaneamente, si trasforma in un dolore violento. Tutte queste stigme possono diventare il punto d'irradiazione all'aura isterica od all'accesso. Dalla pleuralgia può nascere la *pseudo-angina* di petto, come dall'*iperacusia* e dagli *acufeni* può svilupparsi una *pseudo-vertigine di Menière*. Nell'isterismo non è impossibile anche la *coxalgia*. Sarà facile distinguere la coxalgia isterica da una coxalgia di natura organica perchè nel primo caso l'accorciamento dell'arto cessa durante la narcosi.

Una singolare e non frequente manifestazione d'isterismo è quella anomalia della sensibilità a cui PITRES diede il nome d'*afealgesia* (ἁφή = contatto). Essa consiste nel dolore che si sveglia o in una data regione o in qualunque parte del corpo al contatto d'una sostanza particolare: rame, latta, argento, oro. E si potrebbe aggiungere: succo di limone, buccia di pesca ed altre simili sostanze che anche ad occhi chiusi producono effetti di ripugnanza noti come *idiosincrasie*.

Carattere isterico. — Il carattere isterico, con le sue diverse sfumature, può considerarsi come una *stigma psichica* dell'isterismo. Gli isterici dimostrano anche un modo di pensare e un modo d'agire che hanno appunto radice nel loro carattere e che si affermano come qualche cosa di abbastanza tipico nonostante le indefinite differenze individuali nel grado e nel genere d'intelligenza. Così l'isterismo psichico, quantunque meno appariscente, non è meno importante dei disturbi che si riferiscono alla sensibilità, ai movimenti ed agli accessi.

Il carattere degli isterici ha per tratto fondamentale la *mobilità*. Cambiano con incredibile rapidità le inclinazioni, l'umore, la coscienza: si è, dice HUCHARD, una specie d'atassia morale. Si dovrebbe dire, con maggiore esattezza, *atassia affettiva*. La volubilità delle isteriche, lo spettacolo delle loro tendenze *contradittorie* e l'adattabilità che dimostrano ai continui mutamenti del proprio programma hanno fatto credere che l'isterismo

fosse un'officina d'artifizi, di mistificazioni e d'imposture. È certo che questa anomalia costituzionale, modificando le tonalità affettive in ragione delle numerose variazioni cenestetiche, aumenta la complessità del carattere senza aumentare di pari passo la coerenza. Qualche volta gli isterici e più ancora le donne isteriche, sempre sospettate di poca sincerità, sono imbarazzate ad esternare le impressioni contradittorie che provano nel loro interno: sapendo che una descrizione veritiera sarebbe incompleta, aggiungono delle menzogne che corrispondono meglio, se non alla successione obiettiva dei fatti, alla successione subiettiva dei loro sentimenti. L'obiettività assoluta è difficile a raggiungersi anche dai terzi che assistono spassionatamente alle vicende dell'isterismo; tanto meno riesce accessibile a chi, essendo autore, attore e giudice di quelle vicende, non può prescindere dalle suggestioni d'un subiettivismo intenso e soverchiante.

L'eccesso di subiettività, se rende volubile la condotta degli isterici, accresce la gamma della loro coscienza estetica ed etica: e quando i malati sono molto intelligenti, cosa tutt'altro che rara, può darsi che, per merito dell'isterismo, assurgano a punti di vista nuovi, dominando orizzonti più vasti di quelli riservati alla mediocrità fisiologica. Forse non c'è poeta senza un'ombra almeno d'isterismo. L'isterismo, in proporzione moderata, comunica grazia e spontaneità, almeno di quando in quando, anche a persone d'intelligenza limitata: esso è il contrapposto della routine, della pedanteria, del misoneismo. Perciò le isteriche si sentono attratte verso l'eroe, verso il martire, verso lo straniero, verso il condannato. Nello stesso tempo esercitano una certa attrazione sugli uomini: tra la folla femminile rappresentano sempre la tendenza rivoluzionaria e qualche volta in senso progressivo. Gli uomini dal canto loro sentono, sotto l'influenza dell'isterismo, squisitezze ignote ai normali, d'un egocentrismo ad oltranza, ma che, portate nell'arte, sono comprese ed apprezzate da tutti. L'egocentrismo, mentre rinvigorisce la personalità, non la distoglie certo dall'egoismo. E l'egoismo degli isterici è prepotente, indomabile e, nelle sue incessanti metamorfosi, irresistibile. L'incostanza dei sentimenti, l'intrigo, la simulazione, la combattività giungono all'inverosimile. Le ingiurie gratuite, le calunnie senza scopo, le lettere anonime, le scene teatrali di suicidio, gli attentati al termometro per simulare la febbre, i ricatti, le ostilità per antipatie improvvisate e ingiustificate costituiscono il repertorio dell'isterismo femminile ed anche un po' del maschile, almeno in un'esigua minoranza di casi caratteristici. Ma queste manifestazioni d'una estrema irrequietezza affettiva non sono mai permanenti: esse indicano una faccia, ma non tutto intero il poliedro del carattere isterico, che ha molte facce in continuo moto. Vi sono isteriche che coltivano le avventure galanti

per un bisogno inestinguibile di finzione romanzesca, d'emozioni, di novità, malgrado la più assoluta anafrodisia. Se non si occupano delle proprie pene amorose, debbono intromettersi negli amori altrui, e sono famose combinatrici di matrimoni, ma anche di discordie fra coniugi e di separazioni. Il caleidoscopio dei loro sentimenti è oggetto di meraviglia anche per esse, e di qui proviene la facilità con cui raccontano in pubblico le loro gesta e le loro intime tempeste, consultando medici, tentando cure farraginose, abbandonandosi all'empirismo petulante d'ipnotizzatori laureati e non laureati, non sapendo se debbono compiangere od ammirare il loro destino. Ma basta un fatto nuovo (anche futile) che le interessi, perchè dimentichino ogni male.

L'estrema vivacità e varietà degli affetti rendono gli isterici non meno espansivi ed eloquenti nella parola, che pronti e talvolta energici nell'azione. Quando sono agitati da una passione, gli isterici sanno osare e sanno riescire in qualunque cosa; le donne specialmente, rompendo le pastoie imposte dall'egoismo degli uomini al loro sesso, prendono il velo per lontani paesi, si danno all'arte, all'amore, alla filantropia; sfidano l'opinione pubblica; oggi suore di carità, infermiere nelle ambulanze di guerra, cantanti, domani mogli parsimoniose, prostitute, pinzochere arrabbiate; amanti deliziose e mogli insopportabili.

Ma l'isterismo, accortamente inalveato, può rimaner nascosto, e qualche volta è in certo modo utilizzato a fini altruistici od a scopi di beninteso egoismo. Santa Caterina da Siena fu un tipo d'isterica superiore. Vi sono non pochi isterici tra artisti e polemisti di valore. Le energie disordinate, ma vive dell'isterismo, con un po' di dissimulazione e un po' di disciplina, si convertono in ambizioni elevate, in rigidità ponderata di condotta, in severità inflessibile, e non mancano tra le isteriche le madri di famiglia esemplari, che sanno educare i figli, far rifiorire le finanze domestiche, regnare nel circolo dei loro intimi, dando prova di una risolutezza virile. Nella vita mondana e vertiginosa delle grandi città le isteriche, se possiedono pregi fisici o ricchezza, trovano spesso un ambiente così adatto ai loro ideali variabili e voluttuari, che non hanno più ragione di soffrire, nè di reagire morbosamente; e il loro isterismo assume l'apparenza di una sensibilità raffinata. Esse dispongono di seguaci ed imitatori senza iniziativa e senza brio, a cui insegnano abitudini e dettano legge, per lo meno in fatto di stile. Oggi nei salotti eleganti non vi sono più mezzi termini per qualificare le persone e le cose mediocri, che pure sono innumerevoli in confronto alle ottime ed alle pessime. Tutto ciò che piace, anche mediocremente, è addirittura uno *splendore*; tutto ciò che dispiace, per quanto poco, è un *orrore*. Il repertorio isterico degli epiteti non comprende che i superlativi.

La facilità con cui negli isterici si producono angiospasmi e angioparalisi localizzate, fuori o probabilmente anche dentro al territorio del cervello, col corteo delle sensazioni relative, predispone questi ammalati all'ipocondria. La loro attenzione è spesso concentrata sulla salute, malgrado lo stato di floridezza di cui godono in generale. L'ipocondria isterica può degenerare in vere ossessioni od anche addirittura in *delirî* più o meno sistematizzati. Nella migliore ipotesi, le preoccupazioni di natura ipocondriaca spingono ad un tenore di vita eccentrico, alla ricerca insistente e volubile di rimedi alla moda, al vagabondaggio nei luoghi di cura e nei gabinetti di consultazioni mediche. D'altra parte, la poca stabilità dei disturbi vasomotori e sensitivi, che cambiano di sede o spariscono del tutto all'improvviso, qualche volta con l'uso di medicamenti stravaganti o ridicoli, genera negli stessi malati alternative di scoraggiamento e di baldanza. Il benessere che essi provano ad accesso finito li conduce a negare o ad attenuare il male di cui si lamentavano con esagerazione disperata. Perciò l'ipocondria degli isterici è assai verbosa, ma soggetta a remissioni che si confondono addirittura con l'euforia; e i delirî o le ossessioni che nascono da una ipocondria così fatta vengono di sovente sconfessati. I malati divengono un po' incoerenti e fanno la figura di cadere in contraddizione unicamente perchè sentono e secondano le contraddizioni della propria cenestesi senza riescire a giudicarne spassionatamente.

Con tanta labilità di equilibrio nervoso e psichico non si è da stupire se gli isterici vanno soggetti non solo a *disturbi psicopatici*, ma anche a vere e proprie *psicosi*, specialmente di natura affettiva. Quando ciò avviene, la diagnosi d'isterismo introduce nelle previsioni del medico un elemento favorevole, perchè permette di sperare una guarigione talvolta improvvisa dell'episodio psicopatico e di mettere in opera mezzi suggestivi d'efficacia immediata, che non troverebbero di fronte a psicosi genuine. Le sindromi della melancolia, della mania, del delirio sistematizzato, dell'amenza allucinatoria possono spuntare dal fondo isterico e ingigantire per conto proprio come se si trattasse di malattie primitive; ma il loro decorso è più irregolare, più breve e in complesso più benigno. Qualche volta si tratta di *stati secondi*, ossia di crisi isteriche straordinariamente protratte e che si riproducono con una certa periodicità. In tali casi avvengono singolari evoluzioni della memoria: lo stato secondo fa sospendere i ricordi dello stato ordinario, ma risuscitano quelli delle crisi precedenti che parevano cancellati.

Le psicopatie accennate s'incontrano nell'isterismo, ma con ben poca frequenza. Per lo più, esse non sono la conseguenza della costituzione isterica, ma l'espressione parallela ed associata della degenerazione psichica che si afferma doppiamente. Per esempio: l'isterismo può associarsi

all'*epilessia* e confondersi nel deperimento intellettuale che attende gli epilettici dopo lunghe serie di accessi ravvicinati; può precedere la *demenza precoce* e restarne travolto; può sommarsi con l'*immoralità costituzionale* o con l'*imbecillità ereditaria*. L'alleanza più consueta è quella dell'isterismo con la *nevrastenia costituzionale* e con le diatesi di depressione o di esaltamento affettivo. Così gli isterici cadono in ossessioni e in altri stati di permanente disordine mentale che a rigore non si debbono imputare all'isterismo. Non è impossibile che in uno stesso individuo si riuniscano le stigme dell'isterismo e della *paranoia*. In complesso tutte le anomalie mentali e tutte le malattie schiettamente degenerative, come la demenza giovanile, vanno facilmente in compagnia; e l'associazione dell'isterismo alle psicopatie che abbiamo menzionato non è che un caso particolare di questa legge.

ETIOLOGIA E DECORSO.

L'isterismo è un'anomalia eminentemente ereditaria ed anzi costituisce in patologia un esempio tra i più caratteristici d'*eredità similare*, la sola forma veramente tipica d'eredità morbosa. Il sesso femminile vi è predisposto assai più del maschile. Se BRIQUET, prima che venisse CHARCOT a volgarizzare l'isterismo maschile, non trovava che un isterico ogni 20 isteriche, è probabile che la sua statistica fosse piuttosto incompleta; ma per quanto si voglia largheggiare, la grande prevalenza delle donne sugli uomini in fatto d'isterismo è una verità indiscutibile. Le donne sono anche normalmente più facili degli uomini al pianto, al riso, alla paura, al tremito, ai brividi e ad ogni sorta d'emozioni (KRAEPELIN). Bisogna tuttavia tener presente che una stigma isolata, come l'anestesia faringea o la scarsezza dei fosfati alcalini, non basta a stabilire la diagnosi d'isterismo in una donna, e che una sfumatura d'isterismo è qualche cosa di insito alla natura femminile.

E infatti noi vediamo che gli uomini vanno bensì soggetti all'isterismo spontaneo, ma soprattutto nell'età che precede l'*adolescenza*, cioè quando i caratteri sessuali non si sono ancora differenziati. La comparsa della pubertà, che è il momento più pericoloso per le donne, coincide spesso con la scomparsa dell'isterismo per il sesso maschile. Secondo MARIE il piccolo isterismo è più frequente nelle donne che negli uomini; ma nel grande isterismo, almeno presso le classi povere, avverrebbe il contrario. Le donne del popolo non hanno tempo d'abbandonarsi al lusso del grande isterismo, che richiede ozio e spettatori. Invece gli uomini sono più esposti delle donne agli infortuni. L'*isterismo traumatico* è un appannaggio dei mestieri pericolosi, come quelli di muratore, di conciatetti, di ferroviere, di minatore, di marinaio, che sono esercitati esclusivamente da uomini.

Da quando Charcot, nel 1882, riescì a raccogliere 27 casi d'isterismo maschile, la proporzione indicata da Briquet fu rapidamente sorpassata. Nell'ambulatorio di Mendel e di Eulenburg sopra circa 12.000 nevropatici il 10 % era rappresentato dall'isterismo; e tra 1224 isterici, 122 appartenevano al sesso maschile. Vi erano contadini, soldati, cocchieri, fabbri, accademici ed impiegati. Quanto all'età, Pitres nel 1891 riunì i seguenti dati che riguardano 100 casi di sua osservazione personale:

Anni d'età	Uomini	Donne	Totale
6-10	1	1	2
11-15	4	12	16
16-20	6	34	40
21-25	2	18	20
26-30	4	4	8
31-35	8	0	8
36-40	5	0	5
41-45	0	0	0
46-50	1	0	1
	31	69	100

L'isterismo maschile non differisce nei sintomi dal femminile, anzi è più violento. Tra le donne predominano invece, come osserva Marie, le forme blande che si confondono con la normalità. L'apparizione precoce dell'isterismo infonde ai bambini un'impressionabilità che non nuoce al loro sviluppo intellettuale, anzi lo sveglia e lo sforza, allargando l'orizzonte della loro contemplazione e della loro attività. Gli accessi e le stigme dell'isterismo infantile non sono dissimili dagli accessi e dalle stigme degli adulti.

Il decorso dell'isterismo non è tracciabile che in rapporto all'età. Comincia o nell'infanzia o nell'adolescenza o nel colmo della giovinezza. Lo stesso isterismo traumatico si manifesta non di rado per la prima volta in vecchi che non abbiano mai dato altre prove di costituzione isterica. La menopausa e la vecchiaia possono cancellare, attenuare o trasformare le turbe psichiche; ma vi sono casi, benchè eccezionali, in cui le creano.

Il grande isterismo può interpolarsi come una parentesi nel corso del piccolo isterismo. Quest'ultimo, che è il vero retaggio del sesso femminile, può decorrere a sua volta in maniera discontinua, con lunghissime tregue che equivalgono allo stato normale e con rare esacerbazioni che si allontanano appena dalla normalità. Qualche volta le esacerbazioni sono dovute a gravi commozioni o ad altre cause precise ed evitabili; e in questi casi l'isterismo si riduce alle proporzioni d'una semplice diatesi. Per molte donne, specialmente delle classi agiate, l'isterismo non è che una forma d'iperestesia normale con tendenza alle estrinsecazioni emotive nel campo dell'innervazione involontaria: vasomotoria, secretoria e trofica. Le persone

nei casi di malattie locali è ormai ammesso che valga come controindicazione, salvo che la malattia ginecologica non sia grave e che l'operazione non sia per sè stessa d'evidente e sicura utilità chirurgica.

Tra le cure romantiche furono in uso anche le *finte operazioni* con narcosi e suture cutanee; ma esse sono tutt'altro che esenti da pericoli di vario genere e possono, non che guarire, produrre un isterismo per trauma psichico. Le *punte di fuoco* lungo la spina dorsale sono un revulsivo, ma probabilmente d'ordine psichico: può darsi che attirino l'isterismo dal cervello al midollo spinale dove forse è meno nocivo, ma anche che lo spostino dalla penombra alla luce, aggravandone gli effetti.

È noto che CHARCOT aveva messo in uso alla Salpêtrière una cintura che per mezzo di un'apposita vite teneva sotto compressione la regione ovarica di sinistra. Il caso gli aveva insegnato che un'isterica con ernia inguinale, per aver adottato il cinto erniario, era riuscita a liberarsi contemporaneamente dei suoi doppi incomodi. Ma, guardando bene, nulla garantisce che l'origine della guarigione non sia la suggestione. Del resto SOLLIER avvertì l'impossibilità di comprimere un'ovaia sana con un cinto di questo genere. Anche la *metalloterapia* operò di questi miracoli; li operò l'*ipnotismo*; li operò la *estesiogenia*, ma sempre per mezzo della suggestione. La credulità delle isteriche è tanta, che accetta per buoni, in dati momenti e da determinate persone, anche gli espedienti di cura più malaugurati, più grossolani e più antiscientifici. Così BABINSKI potè credere di produrre, per mezzo del magnete, il *transfert* di un'emiplegia da una isterica ammalata ad un'isterica in riposo: per sottrarle alla suggestione aveva ritenuto sufficiente di separare le due donne col mezzo d'un paravento che impediva loro di vedersi. Evidentemente sono le due suggestioni di guarigione nell'isterica emiplegica, di malattia nell'isterica sana che s'incrociano per una semplice coincidenza di pensieri e di tempo, favorite dall'apparato dell'esperimento; non è già la paralisi che, attirata dalla calamita, attraversi il paravento ed emigri da un cervello nell'altro.

Un metodo che risente ancora della tradizione medioevale, perchè di genere pantagruelico e perchè è talvolta applicato senza discernimento sopra ogni sorta di isterici, ma che, usato con discriminazione, non manca di fondamento razionale e di buoni effetti, è quello che va ancora sotto il nome di WEIR MITCHELL e che consiste nel *gavage* graduato. PLAYFAIR lo divulgò in Europa. Si allontana l'isterica dall'ambiente domestico; si isola sotto l'assistenza d'infermiere abili e gentili; si sottopone al massaggio generale e alla faradizzazione dei muscoli per varie ore ogni giorno; s'inizia la dieta lattea; e quando lo stomaco è preparato dal semidigiuno e dal vivo ricambio promosso per mezzo del massaggio

intormentimento o un vivo dolore, che si manifesta per lo più ad una estremità e che procede più o meno rapidamente verso il tronco. Frequentissima è una sensazione penosa all'epigastrio che risale verso la gola. Lo sviluppo dell'accesso coincide per lo più col propagarsi di queste sensazioni verso il capo. Non è rara un'aura in forma di forte cefalea.

L'*aura sensoriale* è un'allucinazione elementare dell'udito o della vista: ronzii, scrosci, bagliori; od anche una allucinazione configurata, per lo più di carattere terrifico: fiamme, sangue, parole. Possono aversi anche allucinazioni combinate di vari sensi.

L'*aura motoria* è rappresentata da contrazioni circoscritte di muscoli, da torsione del capo e degli occhi, da movimenti rotatori o di ammiccamento o di masticazione con atti ripetuti di deglutizione, più raramente da movimenti coordinati. Questi movimenti si continuano immediatamente con l'accesso convulsivo che ne rappresenta in certo modo la diffusione generale: corsa all'innanzi, atteggiamenti e movimenti espressivi o professionali.

L'*aura vasomotoria* si manifesta con pallore improvviso, più raramente con arrossamento del viso, di una metà del corpo o di singole porzioni di esso.

L'*aura secretoria* è data da una ipersecrezione eccessiva di saliva o di sudore. Flechsig osservò un aumento del peso specifico dell'urina uno o due giorni prima dell'accesso e considerò questo fatto come un'aura renale.

È da notare che non sempre l'aura consiste in un fenomeno di eccitamento: in casi eccezionali consiste invece in un fenomeno paralitico che si manifesta improvvisamente, in cecità o sordità verbale, sordità completa e improvvisa, afasia motrice, paresi o paralisi nel territorio degli arti.

L'*aura psichica* è rappresentata da immagini che attraversano la mente dell'ammalato, sorgendo improvvisamente senza alcun nesso associativo con le idee di quel momento. Spesso si tratta di un ricordo (sempre lo stesso) per esempio di una scena emozionante alla quale l'ammalato ha assistito. Oppure l'aura psichica può avere più che altro un contenuto affettivo, riducendosi ad un improvviso senso di pena, di angoscia, di terrore immotivato.

Subito dopo l'aura l'ammalato perde la coscienza e cade in preda a una contrazione tetanica di tutti i muscoli, compresi quelli della respirazione. È la fase tonica dell'accesso che dura pochissimo, un mezzo minuto al più. La caduta non avviene per rilasciamento muscolare, ma segna l'inizio dell'irrigidimento muscolare; anzi in essa si può dire che ogni epilettico ha un suo atteggiamento caratteristico, sicché cade sempre

nello stesso modo, da una parte o dall'altra, in avanti o all'indietro, e le ferite sul cranio, che si producono così facilmente, colpiscono in certi casi sempre il medesimo punto. Un mio malato porta lungo l'orlo posteriore del berretto una specie di cuscino a mezzaluna tutto imbottito di cotone, che gli protegge l'occipite; perchè egli è sicuro che al sopraggiungere dell'attacco cadrà all'indietro battendo in terra il capo. La violenta espirazione e la contrazione delle corde vocali determinano talvolta un grido. Gli arti inferiori sono fortemente estesi, il tronco irrigidito, i pugni serrati, il capo piegato all'indietro. La lingua resta talvolta impigliata tra le mascelle serrate in trisma. Il tetano respiratorio determina asfissia; e il volto, pallido al momento della caduta, diventa subito rosso e poi cianotico. Le pupille sono dilatate al massimo e rigide. Secondo Sommer, nel primo momento, simultaneamente al grido, presenterebbero un restringimento massimo, fugace ed immediato. Sul finire della fase tonica si ha spesso emissione di urina o di feci, più di rado di sperma.

Alla fase tonica segue la fase clonica: violente scosse muscolari si manifestano negli arti, nel torace, nel capo: esse aumentano di intensità in modo da poter produrre gravi lesioni per urti, contusioni, fratture, lussazioni. I movimenti clonici delle mascelle e della lingua determinano nella lingua morsicature. Intanto si ristabilisce con profonde inspirazioni ed espirazioni il respiro, e l'aria cacciata rumorosamente tra le mascelle e la lingua morsicata dà luogo a formazione di bava sanguinolenta. La cianosi scompare, il corpo si copre di sudore, il polso è frequente, la temperatura si eleva a 38°,1 ed anche di 39°,5. La fase clonica dura pochi minuti, 3 o 5 al più.

Dopo di essa l'epilettico può tornare subito allo stato normale ricuperando integralmente la coscienza. Ma per lo più rimane stordito e cade in profondo sonno, dal quale si desta dopo alcune ore, abbattuto, di malumore, con cefalea. Oppure insorgono dopo l'accesso quegli stati psichici speciali che vengon detti perciò post-epilettici e che più innanzi descriveremo. Dopo l'accesso l'urina contiene non di rado piccole quantità di albumina. Nel sonno post-epilettico le pupille si restringono talvolta in misura considerevolissima.

I riflessi tendinei dopo l'accesso hanno un contegno assai diverso da caso a caso. Talvolta si ha esagerazione dei riflessi congiunta ad uno stato di ipertonia muscolare; talvolta, più raramente, i riflessi sono indeboliti o del tutto scomparsi. Questa diversità di reazione non dipende dall'intensità dell'accesso, ma piuttosto, secondo Lugaro, dalla sua localizzazione e diffusione nella corteccia cerebrale. Vi sono nella corteccia territori da cui partono normalmente influenze inibitrici sul tono muscolare e sui riflessi; ve ne sono altri da cui partono influenze stimolatrici. Lo stato d'eccitamento epilettico, in quanto prende negli uni o negli altri di questi ter-

ritori, darà luogo ad effetti opposti. Ma in uno stesso ammalato, per la somiglianza tra i vari accessi, la localizzazione corticale della scarica e quindi l'influenza secondaria sul tono muscolare saranno costanti.

La frequenza degli accessi è estremamente variabile da un individuo all'altro. Vi sono epilettici con accessi rarissimi, a distanza di mesi e di anni. In altri, benchè raramente, si presentano a gruppi ravvicinati, l'ammalato sta due o tre mesi senza accessi e poi ne presenta due o tre o più in un giorno o in giorni successivi. Talvolta gli accessi si succedono in gran numero separati da intervalli brevi di relativa lucidità: accessi in serie. Infine gli accessi possono presentarsi talmente avvicinati che l'ammalato non ricupera la sua lucidità, perchè al primo accesso succede uno stato di coma interrotto di quando in quando da nuovi accessi convulsivi: *stato epilettico*. Lo stato epilettico costituisce un grave pericolo per la vita dell'infermo ed è accompagnato da cospicuo innalzamento di temperatura, che può andare oltre i 42° e che si produce gradualmente col ripetersi degli accessi (BOURNEVILLE).

Accessi parziali (epilessia jacksoniana ed epilessia sensoriale). — Gli accessi convulsivi localizzati e parziali sono in generale l'espressione sintomatica di una lesione corticale circoscritta, data da un tumore, da un'emorragia, da un processo infiammatorio localizzato; tuttavia non vi è dubbio che essi possono insorgere anche per cause generali, specialmente tossiche, come nell'alcoolismo, nell'uremia, nel diabete, nella paralisi progressiva. Così pure si possono avere accessi di epilessia jacksoniana non solo in quei casi di epilessia in cui è evidente per altri sintomi una lesione circoscritta del cervello, ma anche nei casi che per mancanza di ogni sintomo di cerebropatia sono da considerare come di epilessia essenziale. Così in certi casi accessi parziali possono alternarsi con accessi completi; più spesso ancora gli accessi parziali possono presentarsi sull'inizio del male per trasformarsi poi gradatamente in accessi generali.

Del resto anche negli accessi generali non è infrequente la distribuzione asimmetrica per prevalenza unilaterale delle scosse muscolari, oppure l'inizio unilaterale delle convulsioni o circoscritto ad un gruppo muscolare, che in pochi secondi si generalizza.

Negli accessi di schietta epilessia jacksoniana si ha spesso un'aura sensitiva localizzata all'arto che è poi colpito dalle scosse cloniche. Ciò dimostra che il fenomeno dell'aura ha per base un'azione irritativa della causa epilettogena in un determinato territorio della corteccia, dal quale s'inizierà facilmente anche la scarica epilettica. E ciò rende sempre più stretti i legami tra l'epilessia generalizzata e l'epilessia parziale.

L'accesso convulsivo parziale si manifesta con semplici scosse cloniche e non è preceduto da una fase tonica. La coscienza persiste; si perde soltanto quando l'accesso jacksoniano si trasforma in un accesso generale per il diffondersi delle scosse muscolari all'altro lato e a tutto il corpo. I muscoli della faccia e quelli del braccio sono i più colpiti e spesso i soli.

L'epilessia parziale può assumere la forma sensitiva. In tal caso l'accesso si riduce a sensazioni anormali che vengono localizzate in un qualsiasi territorio sensitivo od anche nel campo di uno o di più sensi specifici come allucinazioni. L'accesso sensitivo può considerarsi come una forma attenuata d'epilessia. Infatti noi sappiamo che negli epilettici soggetti ad accessi con aura accade talvolta che l'aura si presenti isolatamente, senza essere seguita dalla crisi convulsiva; ciò equivale ad un rudimento dell'accesso epilettico, ad una sua forma abortiva.

Equivalenti epilettici. — Con le forme sensitive e sensoriali di epilessia e con gli accessi di aura non seguiti da crisi convulsiva noi siamo già entrati nel campo dei così detti equivalenti epilettici, cioè di quei fenomeni accessuali dell'epilessia che si estrinsecano dalla corteccia cerebrale non con spasmi o convulsioni, ma con altre forme di attività automatica più o meno parziale.

Gli equivalenti epilettici si sogliono dividere in equivalenti brevi ed equivalenti protratti. I primi possono durare anche pochi secondi soltanto, i secondi anche dei mesi; vi sono però le forme di passaggio. La distinzione dal punto di vista sintomatologico è giustificata, perchè gli equivalenti brevi possono assumere le forme più svariate; basti dire che possono ricopiare fedelmente tutte le forme di aura che abbiamo descritto, assumendo anche una forma esecutiva e coordinata, in modo da imitare gli atti coscienti; gli equivalenti protratti consistono invece in varie forme di psicopatia, dove la coscienza è bensì obnubilata, ma non del tutto spenta.

Oltre agli equivalenti che riproducono le varie forme di aura si possono avere altri disordini brevi, che acquistano importanza e per la loro frequenza e perchè spesso costituiscono l'unico fenomeno dal quale si possa dedurre la diagnosi di epilessia. Abbiamo anzitutto le così dette *assenze epilettiche*. L'ammalato colpito da un'assenza epilettica si arresta improvvisamente nei suoi discorsi o nelle sue occupazioni, assume un atteggiamento rigido, fissa lo sguardo, impallidisce. Spesso presenta piccoli movimenti o tremiti nelle labbra, nella lingua, negli arti. Ciò non dura che pochi secondi, un mezzo minuto al più, poi ritorna la coscienza e l'ammalato riprende il discorso o la sua occupazione al punto in cui li aveva lasciati senza accorgersi di nulla. Questi ammalati possono conti-

perfettamente ignorare la loro malattia, perchè generalmente l'assenza non è accompagnata da disturbi obiettivi ed è assai raro che in essa avvenga perdita involontaria di urina.

La *perdita di urine* durante il sonno può invece per sè stessa costituire un segno di accessi larvati, di equivalenti svoltisi durante la notte. Ciò, s'intende, ove possa escludersi che essa non sia l'unico segno avvertito di un vero accesso epilettico convulsivo. Ma gli accessi convulsivi lasciano dietro di sè generalmente strascichi ben più importanti: stati di malessere, di malumore, cefalea, irritabilità, traccie somatiche come contusioni, morsicature della lingua, ecchimosi cutanee o sottocongiuntivali. L'*enuresi notturna* non può peraltro essere interpretata nel senso di un equivalente epilettico, se non quando si presenti ostinatamente nell'adolescenza o nell'età adulta; nei bambini essa è spesso un fenomeno passeggero che non ha nulla che vedere con l'epilessia.

L'equivalente epilettico si può manifestare in forma di *epilessia procursiva*. L'ammalato improvvisamente si slancia all'innanzi, correndo come spinto da forza irresistibile. Il fatto che in questa corsa possono essere evitati gli ostacoli, mostra che la coscienza probabilmente non è del tutto perduta, benchè l'ammalato alla fine dell'accesso dimentichi completamente tutto l'avvenuto.

Similmente si avverano *atti impulsivi* di ogni genere sotto l'influenza d'un equivalente epilettico con completa amnesia successiva. Si tratta per lo più di azioni violente, spesso violenze contro le persone, che vengono compiute in istato di apparente coscienza e coi segni esteriori dell'ira. Non di rado questi accessi sono seguiti da comuni fenomeni post-epilettici: cefalea, sonno. Uno stato di equivalente epilettico può anche passare in un vero accesso convulsivo che chiude così la scena e viene quasi a testimoniare la natura dell'atto impulsivamente compiuto.

Una forma piuttosto rara di equivalente consiste in *accessi periodici di sonno*. In questi casi è importante poter escludere la diagnosi di isteria, tanto più che gli accessi di narcolessia sono assai più frequenti nell'isterismo che nell'epilessia.

Gli equivalenti protratti dell'epilessia comprendono tutti i fenomeni psicopatici accessuali di lunga durata. La loro caratteristica è il turbamento più o meno profondo della coscienza con amnesia consecutiva o con ricordi assai sommari dello stato morboso e la tendenza ad atti impulsivi e violenti. Le forme di questi equivalenti protratti sono svariatissime e poco nettamente distinte le une dalle altre perchè collegate da gradi e passaggi innumerevoli. In certi casi più miti prevalgono i disturbi affettivi, nel senso della depressione: si hanno accessi di *malessere epilettico*. In altri il turbamento è più profondo, inte-

presentano mai accessi classici motori, ma soltanto degli equivalenti; in altri il disturbo psicopatico precede, per lo più di poco, la comparsa degli accessi, in altri segue o si afferma con accessi unici o più spesso ancora con gruppi di accessi ripetuti. Le modificazioni nel tipo e nell'ordine dei vari fenomeni non si presentano che lentamente in grandi periodi della malattia.

Stati psicopatici permanenti. — Non tutti gli epilettici sono malati di mente. Ve n'è anzi un gran numero che, pur soffrendo di accessi più o meno frequenti, non presentano mai disturbi psicopatici tali da meritare la segregazione in un manicomio o in un ospedale, e anzi possono senza inconvenienti accudire alle loro occupazioni professionali e provvedere ai propri interessi. Tra questi epilettici si annoverano talvolta persone di notevole intelligenza e attività psichica non comune. Ma la grande maggioranza degli epilettici, circa l'80 per cento, va incontro con gli anni e col ripetersi degli accessi a un particolare stato di indebolimento mentale, a un perturbamento cronico del carattere e degli affetti, che suol designarsi col titolo di *degenerazione epilettica*.

Maggior costanza hanno i perturbamenti affettivi e del carattere, anzi si può dire che essi si osservano in modo più o meno accentuato anche in quegli epilettici che hanno intelligenza normale e che come individui normali vivono in società. La nota fondamentale è la impetuosità del carattere, la eccitabilità emozionale. Gli epilettici sono sempre facili all'ira ed alla violenza, energici e spesso senza scrupoli nell'azione. Irrequieti, volubili, conducono per lo più una vita agitata, che è una sequela di avventure passionali, nelle quali si impegnano senza riflessione. Nelle opinioni religiose o politiche rasentano sempre gli eccessi: conservatori feroci, rivoluzionari violenti, proseliti fanatici di religioni vecchie e nuove, settari sempre. Assai di rado le loro passioni hanno un contenuto altruistico, sono invece gli istinti fondamentali dell'egoismo che guidano l'azione degli epilettici: l'avidità del denaro, la bramosia insaziabile della donna, la smania del potere. Facilmente perciò manifestano tendenze criminali; molti ladri, assassini, stupratori sono epilettici.

Negli individui che per le frequenti convulsioni, per le ferite che riportano, per la incapacità al lavoro sono in uno stato di perenne valetudinarietà, l'istinto di attaccamento alla vita assume proporzioni morbose e fastidiose e si afferma con preoccupazioni di natura ipocondriaca. Sempre tra i piedi del medico ed esporre prolissamente le loro sofferenze, i loro dolori, le loro miserie, esigono cure incessanti, consigli, prescrizioni farmaceutiche, che applicano con zelo meticoloso. Il continuo pensiero della salute, il ritenersi vittime di una grave e fatale sventura li spinge

L'abnorme sviluppo dei seni frontali, la sporgenza eccessiva delle bozze frontali, la deviazione del naso, la presenza dell'appendice lemurinica, l'insolito sviluppo della mandibola, il prognatismo, le anomalie dentarie, il tubercolo darwiniano, le orecchie ad ansa, la sessilità del lobulo auricolare sono caratteri possibili in normali e in epilettici, ma più in questi che in quelli.

Maggiore importanza di queste stigme dal significato incerto hanno altre anomalie che, come vedremo, più che un vero segno degenerativo, sono da considerare come espressione indiretta di lesioni patologiche a cui il cervello o i centri nervosi hanno soggiaciuto precocemente. Importante sopra tutte è l'asimmetria cranio-facciale, che in certi casi assume proporzioni imponenti (figura 118). Asimmetrie analoghe si possono qualche volta osservare anche nello sviluppo degli arti. Analogamente, dal punto di vista funzionale, si può osservare esagerata sproporzione della forza muscolare dei due lati, mancinismo motorio o sensorio. Il nistagmo, lo strabismo, le paresi unilaterali sono fatti di un più accentuato significato patologico. Per esse si passa a quelle forme di arresto di sviluppo anatomico e di deficienza funzionale che sono caratteristiche della cerebroplegia precoce e che, come vedremo, hanno un nesso intimo con l'epilessia.

Fig. 118. — Enorme asimmetria facciale in una epilettica demente [illegible]

Altre anomalie sintomatiche possono considerarsi come un effetto acquisito degli accessi frequenti. Così è di certe *paresi*, prevalentemente unilaterali e che si presentano a lungo andare in seguito ad accessi ripetuti e violenti e soprattutto nel lato maggiormente battuto dalle convulsioni. Anche l'esagerazione dei riflessi tendinei, accompagnata da un leggero stato di ipertonia, è un frequente risultato delle convulsioni abi-

trazioni toniche dei muscoli respiratori, la breve durata dell'accesso, il succedersi di un periodo di coma, la perdita involontaria di urina, feci, sperma sono fatti che depongono per l'accesso epilettico. Nell'accesso isterico invece la caduta avviene senza danno, quasi prudentemente, la coscienza non sembra del tutto perduta; manca il pallore iniziale del volto; mancano i fenomeni asfittici; la convulsione è di lunga durata e permette all'ammalato di assumere gli atteggiamenti espressivi e passionali che già descrivemmo; l'aura non è così istantanea e caratteristica; il grido iniziale è assai raro. Qualche volta la diagnosi è resa difficile dalla profondità dell'incoscienza e dalla piena amnesia che segue il grande accesso isterico. L'isterismo e l'epilessia possono anche associarsi nei medesimi soggetti e ciò dà luogo ad esitazioni e a false rettifiche di diagnosi. Nei casi in cui vi fossero dubbi decide il corteo di tutti i sintomi psichici e somatici che depongono per l'una o per l'altra malattia.

Gli accessi epilettici non differiscono per nessun carattere essenziale dagli accessi convulsivi che si possono osservare nell'uremia, nell'eclampsia, nella sifilide cerebrale, nei tumori cerebrali, nel diabete, nella paralisi progressiva; le sottili distinzioni che taluno ha voluto fare non hanno alcun valore pratico, ed effettivamente la denominazione di accessi epilettiformi che si è voluto dare a questi accessi sottintende una distinzione causale, ma non racchiude una distinzione sintomatologica. È vero che gli accessi epilettiformi sono più spesso a tipo jacksoniano, ma sul criterio del tipo più frequente è evidente che non si può basare alcuna diagnosi individuale. In realtà la distinzione tra gli accessi epilettiformi e gli epilettici non si fa che *a posteriori*, quando è nota la causa. Dinanzi a un caso nuovo, che si manifesta inizialmente coi fenomeni convulsivi, la diagnosi d'epilessia si deve quindi stabilire per esclusione, quando cioè si riesca ad eliminare con sicurezza tutti i sintomi estranei, che appartengono rispettivamente al diabete, all'uremia, ai tumori cerebrali, ecc. Lo stesso si dica per la distinzione tra accessi di epilessia essenziale e accessi di epilessia alcoolica. Quanto poi alla paralisi progressiva, siccome i fenomeni convulsivi ne aprono talvolta la scena, non è facile distinguere questi casi da quelli di epilessia ad inizio tardivo. Possono chiarire il diagnostico gli altri sintomi organici della paralisi progressiva; se però manca persino il caratteristico indebolimento mentale, ciò che avviene assai di rado, la diagnosi di paralisi progressiva dovrà essere aggiornata e non tarderà ad essere chiarita in capo a qualche tempo.

Gli equivalenti protratti dell'epilessia, quando non si conoscano bene gli antecedenti del malato e non si possa assistere ad alcun accesso epilettico, possono andar confusi con gli accessi confusionali, con la mania, con la demenza precoce, soprattutto della forma catatonica. Come criterio

lare ed accertata, i quadri si rimaneggiano notevolissimamente. E d'altra parte la presenza di epilessia nei genitori non è un argomento assoluto che testifichi senz'altro un vero fenomeno di eredità morbosa. Molto spesso l'epilessia è una malattia acquisita: come tutte le malattie gravi, essa è causa di disturbi nello sviluppo della prole, di vere encefalopatie fetali, che eventualmente possono assumere la forma di epilessia come nei genitori. Aggiungasi che spesso l'epilessia è provocata dall'alcoolismo dei genitori, che coopera largamente alla genesi di tutte le encefalopatie fetali, e quindi anche di forme attenuate e senza paralisi, che talvolta si manifestano con la sola epilessia.

Non vi è dubbio che in molti casi l'epilessia scoppia senza alcun precedente ereditario nell'età infantile od adulta per azione evidente d'una causa esterna. Quelle cause infettive traumatiche che nei primissimi anni della vita sogliono determinare così facilmente le cerebropatie infantili possono, senza produrre notevole indebolimento o arresto dello sviluppo mentale, dar luogo a fenomeni epilettici anche negli adulti. Il vaiuolo, la scarlattina, le infezioni settiche, il tifo, la malaria sono talvolta incriminabili d'una epilessia tutt'altro che idiopatica. La sifilide, indipendentemente da ogni alterazione a focolaio, da ogni processo di meningite gommosa, può produrre una forma di epilessia parasifilitica, che non risente gli effetti della cura mercuriale e jodica (FOURNIER). Non vi è poi alcuna intossicazione cronica che non sia in grado di produrre l'epilessia: oltre all'alcoolismo, il saturnismo, l'ergotismo, il tabagismo, l'astinenza forzata dalla morfina, possono essere accompagnati da accessi epilettici. I traumi, le compressioni, i parassiti del cervello, i tumori determinano a loro volta accessi convulsivi, che non differiscono per nulla da quelli di epilessia classica, e per giunta possono produrre anche accessi equivalenti in forma vertiginosa e psichica.

Se da una parte dunque non si può disconoscere una certa influenza ereditaria, d'altra parte l'influenza di cause esterne (diretta o indiretta) è spesso molto evidente. È perciò che dai sostenitori ad oltranza della genesi endogena ed ereditaria dell'epilessia si pretende distinguere tra le epilessie sintomatiche di cerebropatie, di intossicazioni, di traumi, e una forma di epilessia essenziale o degenerativa, nella quale non si può dimostrare l'influenza diretta di alcuna causa esterna ed a cui assegnano il posto d'onore. Ma questa distinzione implica una petizione di principio: si chiama idiopatica quella epilessia in cui non si può dimostrare una causa diretta; quando invece la causa si conosce, si parla di epilessia sintomatica. Ora, l'accesso epilettico di un idiota cerebroplegico non differisce in nulla da quello di un sifilitico cerebrale o di un epilettico « idiopatico ». La distinzione tra l'epilessia vera o idiopatica e le epilessie sintomatiche non

In generale la esclusività, la prevalenza e la diversità delle convulsioni in un lato, e più ancora la presenza di accessi circoscritti che si alternano con quelli generali o che abbiano aperto la scena negli inizi della malattia, sono documenti in favore dell'ipotesi che ammette una lesione encefalica nettamente localizzata. Così pure le paresi circoscritte che in certi casi seguono all'accesso e gli accessi in forma paralitica.

Ma anche fenomeni più comuni, che si presentano momentaneamente o formano parte integrante dell'accesso, sono suscettibili della stessa interpretazione. L'aura epilettica non si osserva in tutti gli ammalati; ma quando esiste, assume caratteri costanti per natura, direzione e topografia. Ciò dimostra che l'aura è un'irradiazione morbosa che parte da una lesione localizzata della corteccia cerebrale. Essa è frequente anche nell'epilessia jacksoniana e porge, meglio della convulsione, un prezioso indizio per la diagnosi di sede. Orbene, non deve forse l'aura, che insorge sempre uniforme all'inizio dell'accesso, esser considerata come l'indice della località cerebrale da cui la scarica epilettica si diffonde agli altri centri corticali e dove è verosimilmente la sede dell'unica o della massima lesione?

In certi epilettici l'accesso è accompagnato da deviazione oculo-cefalica: ciò significa che durante il fenomeno convulsivo l'azione d'un emisfero prevale su quella dell'altro. In altri casi si hanno addirittura dei fenomeni rotatori. Anche questi fatti sono interpretabili come segni di lesione locale prevalente. La stessa *epilessia procursiva* può ricevere un'interpretazione analoga: essa è un complesso d'atti coordinati ed automatici che partono da un centro specializzato. Se anche riguardiamo il camminare come un atto psichico o l'accesso d'epilessia procursiva come un equivalente psichico (Bottner) o come un'azione coatta (Kramer), non rinneghiamo con questo la natura circoscritta dell'impulso e della lesione che lo provoca, perchè anche i centri psichici si suddividono e si ammalano separatamente. Molti epilettici cadono sempre nello stesso modo, nella stessa direzione, si feriscono nello stesso punto; anche questo dimostra che la convulsione non è uniforme, che per lo meno al suo inizio colpisce di preferenza certi gruppi muscolari, come se partisse da determinati punti della corteccia, sempre gli stessi, per diffondersi poi a tutto il resto. Vi sono epilettici che si morsicano la lingua sempre da un lato. Oliver fa anzi osservare che la morsicatura della lingua avviene dal lato verso cui si volgono gli occhi e il capo al principio dell'accesso, e che spesso vi è clono del piede dallo stesso lato. Il grido iniziale si presenta solo in una minoranza di epilettici, ma come un fatto costante nell'individuo che ne soffre; ed anche al grido iniziale Oliver dà il valore d'una

in cervelli predisposti all'epilessia, verosimilmente per piccole lesioni cerebrali dell'infanzia, gli accessi sono l'effetto di molte altre cause occasionali. Una delle più invocate è lo spavento, e realmente si può constatare che in moltissimi casi le convulsioni si sono per la prima volta manifestate in seguito ad un trauma psichico. Non è difficile che questi stessi individui presentino stigme caratteristiche e persino segni evidenti di cerebropatia, che attestano la natura organica dell'epilessia; ma intanto i fenomeni epilettici in senso stretto si sono presentati in seguito allo spavento e sarebbero rimasti allo stato latente senza di esso.

Alle cause occasionali dell'epilessia vanno aggiunte le alterazioni periferiche del sistema nervoso ed anche di altri organi le quali agiscono come stimolo. Le cicatrici periferiche sono bene spesso causa della così detta *epilessia riflessa*. Le affezioni uditive ([illegible]) e soprattutto le otiti medie ([illegible]) sono talvolta causa di accessi epilettici. I polipi nasali, la carie dentaria possono produrre lo stesso effetto. È interessante l'osservazione di Wigglesworth e Bickerton, i quali trovarono che molti epilettici abituali presentavano gravi vizi di rifrazione e che migliorarono in seguito ad applicazione di una opportuna correzione diottrica con lenti. Questa osservazione fu in seguito confermata da Hicks, Stevens, Martin, Dodd. Ma non sempre, allontanando la causa occasionale dell'epilessia, scomparvero i fenomeni convulsivi; talvolta essi si attenuano soltanto, talvolta non si modificano affatto. È dunque da pensare che in questi casi la causa occasionale abbia determinato l'epilessia, e che il frequente ripetersi degli accessi abbia creato nei centri nervosi l'abitudine a reagire convulsivamente, aumentandone l'irritabilità.

Le cose più sopra esposte ci sono di non poco aiuto per intendere bene la patogenesi speciale dell'accesso epilettico. Che il punto di partenza della scarica epilettica sia nella corteccia cerebrale non può esser posto in dubbio quando si pensa alle numerose affinità e ai passaggi individuali dall'epilessia jacksoniana all'epilessia generalizzata. Con ciò non si esclude che altri centri sottocorticali possano esser capaci di dare convulsioni generalizzate, ed è anzi possibile che anch'essi, sempre per influenza della scarica corticale, partecipino alla produzione degli accessi convulsivi generalizzati. Ma oggi la questione verte piuttosto su di un altro punto: qual'è lo stimolo che determina la scarica?

In certi casi di evidente lesione cerebrale è facile pensare che le cicatrici residuanti da un antico processo cerebropatico o da un trauma agiscano irritando in maniera continuata i centri motori fino a provocare, per accumulo di stimoli, una scarica periodica ed improvvisa. Ma quando non è manifesta alcuna lesione cerebrale si deve pensare piuttosto ad uno stimolo più diffuso. In questo senso devono essere necessariamente orientate

L'epilessia può per sè stessa cagionare la morte; specialmente pericolosi sono gli accessi in serie e lo *status epilepticus*; si può dire che almeno una metà degli epilettici da manicomio muore in seguito agli accessi. Ma l'accesso epilettico può essere anche causa occasionale della morte per soffocazione, per annegamento, per precipitazione dall'alto, per traumi prodottisi nella caduta. Non pochi epilettici finiscono col suicidio.

ANATOMIA PATOLOGICA.

Quando l'epilessia è collegata a lesioni cerebrali acquisite e diagnosticabili in vita, ossia in tutti i casi della così detta *epilessia sintomatica*, il reperto anatomico è costantemente positivo. Se si tratta di epilessia acquisita nell'infanzia si verificano i reperti accennati al capitolo delle cerebropatie infantili; se invece l'epilessia è acquisita nell'età adulta, si troveranno lesioni traumatiche, tumori, parassiti del cervello, focolai apoplettici. Ma di ciò non occorre che ci occupiamo: qui importa vedere qual'è il reperto anatomo-patologico nei casi che, per essere scompagnati da ogni sintomo cerebropatico, vengono diagnosticati come di *epilessia essenziale*.

In questi casi si può fare una distinzione ulteriore: talvolta si hanno reperti macroscopici grossolani, altre volte l'aspetto del cervello è macroscopicamente normale. Una distinzione netta tra le due categorie di casi non vi è, perchè, se la lesione macroscopica è *circoscritta* ed assai piccola, il ritrovarla o no dipende più che altro dall'accuratezza che se è usata nel ricercarla.

I reperti macroscopici sono quelli propri delle cerebropatie infantili, benchè di rado raggiungano un'estensione pari a quella che si osserva nelle cerebropatie gravi con paralisi e con altri fenomeni permanenti. Si tratta piuttosto di processi encefalitici circoscritti, atrofie girali, rammollimenti, cisti, cicatrici cerebrali, idrocefalo interno. Può accadere che in vita la diagnosi di queste lesioni sfugga. Ciò dipende dalla loro piccolezza e dalla loro localizzazione all'infuori delle zone motorie, ragion per cui esse non si sono manifestate con segni clinici ben evidenti. Talvolta la cicatrice è così piccola, che occorre un accurato esame dell'encefalo sopra sezioni in serie per ritrovarla; la sua localizzazione può avvenire anche nelle regioni sottocorticali, nel midollo degli emisferi, nei gangli della base. Certamente, se si facessero ricerche accurate e sistematiche, la frequenza di questi reperti aumenterebbe.

Un reperto assai frequente, sul quale MEYNERT richiamò pel primo l'attenzione e che poi fu confermato da una lunga serie di osservatori, è

quella della *sclerosi del corno di Ammone*. Per lo più da un sol lato, ma talvolta anche da ambedue, il corno di Ammone si presenta impicciolito, come raggrinzato, notevolmente indurito. La frequenza di questo reperto è tale, che Worcester lo ritrovò nel 50 % dei casi e Bratz potè descriverne 40 casi. Secondo quest'ultimo autore, si tratterebbe di una vera *agenesia*, indice di un disturbo nello sviluppo cerebrale. Secondo Hajos questa interpretazione si adatterebbe ad una minoranza di casi: nella gran maggioranza si tratterebbe invece di un processo di *atrofia sclerotica*, simile in tutto ai residui di processi encefalitici infantili, così frequenti tra gli epilettici. Laufenauer, Fischer, Neranzon, Rosenstein e Liubimow hanno fatto osservare che il processo patologico non è isolato e la lesione può estendersi anche ad altre parti del cervello. Nissl sostiene che quando vi è sclerosi del corno di Ammone si possono sempre scoprire anche lesioni diffuse di tutta la corteccia cerebrale; ma Alzheimer e Hajos hanno osservato casi in cui si era sclerosi del corno di Ammone senza lesioni del rimanente della corteccia; e ad ogni modo è da notare che quest'ultime lesioni, se pur vi sono, non hanno nè la medesima importanza, nè il medesimo aspetto della sclerosi localizzata nel corno d'Ammone.

Altri reperti macroscopici, che si riscontrano qualche volta nei casi di epilessia inveterata, sono: un certo grado di *idrocefalo interno*, *ispessimento delle meningi molli*, *ependimite granulosa*, *atrofia dell'ottico*. I casi di epilessia acquisita in età avanzata, di così detta *epilessia senile*, presentano generalmente grave e diffusa *arteriosclerosi*. La morte in *stato epilettico* determina d'ordinario *iperemia venosa* di tutto l'encefalo e *piccole emorragie sparse* nella sostanza grigia e nella bianca. A quelle che si osservano frequentemente nel bulbo e nel ponte fu data speciale importanza, supponendosi che esse potessero avere rapporto causale con gli accessi; ma ormai si ammette da tutti che esse sono una conseguenza degli accessi e nient'altro.

Ma anche dove l'esame macroscopico non rivela alcuna alterazione, si trovano d'ordinario lesioni microscopiche, e sono diffuse e tipiche. È dubbio se queste alterazioni abbiano un valore causale o non siano piuttosto una conseguenza degli accessi frequenti e dei disturbi circolatori che si verificano correlativamente nell'encefalo. Certo è che, mentre esse sono assolutamente costanti nei casi inveterati di demenza epilettica, sono appena accennate e possono persino mancare quando la malattia ha avuto un decorso breve.

In prima linea stanno le *alterazioni della nevroglia*, che da vari autori sono state ritenute come caratteristiche (Chaslin, Bleuler). Un processo di gliosi più o meno accentuata pervade lo strato più superficiale della

corteccia in tutta la sua estensione. Questo strato contiene normalmente fibrille di nevroglia elettivamente colorabili col metodo di Weigert: nella gliosi epilettica le fibrille aumentano enormemente di numero e qualche volta anche di spessore in modo da formare non di rado uno strato compatto al disotto della pia madre (fig. 117). Secondo BLEULER questo processo di gliosi sarebbe proporzionale al grado di demenza. In molti casi le fibre di nevroglia compaiono nello spessore della corteccia, ove normalmente mancano del tutto. Ivi si possono anche ritrovare *cellule mostruose* di nevroglia in notevole quantità, quasi come nella paralisi progressiva. La presenza di queste cellule si verifica anche nello spessore degli strati del corno di Ammone sclerosato (fig. 118).

Fig. 117. — Gliosi epilettica. Strato molecolare della circonvoluzione frontale ascendente in un caso di demenza epilettica. Lo strato di fibre superficiale ha uno spessore più che doppio del normale ed è fittissimo. La verticalizzazione delle fibre si estende, attenuandosi, agli strati sottostanti. Metodo elettivo di WEIGERT.

Le *cellule nervose*, ove la gliosi sia piuttosto rilevante, presentano *alterazioni a tipo cronico*, atrofico: sono impiccolite, povere di prolungamenti, talvolta abnormemente cariche di pigmento. L'alterazione cellulare è sempre in diretto rapporto con l'intensità della gliosi; nei casi più accentuati si può andare sino alla distruzione di un numero considerevole di elementi, sicchè riesce turbata l'armonia degli strati corticali. Il rapporto tra queste alterazioni croniche e la gliosi è tuttora poco precisato. Secondo ALZHEIMER l'alterazione cellulare è primaria, la gliosi secondaria: ma qui è evidente che si devono separare i processi di gliosi diffusa, che potrebbero anche essere un effetto secondario di disturbi tossici o circolatori legati agli accessi, dai processi di gliosi circoscritta, che rappresentano una cicatrizzazione locale di un focolaio encefalitico. In ogni modo non è dimostrato che neppure le azioni tossiche o i disturbi circolatori siano in grado di provocare primitivamente un processo di gliosi, se non sono alterate le cellule nervose.

Le cellule nervose presentano spesso anche *alterazioni acute*, analoghe a quelle che si riscontrano nei processi tossi-infettivi acuti e subacuti. Tali alterazioni non appartengono direttamente al quadro anatomo-patologico

dell'epilessia; piuttosto sono espressione di uno stato tossico che ha stretto rapporto con l'epilessia; o derivano dalle malattie che furono causa della morte; o sono l'ultima parola degli stati agonici, dell'ipertermia, dello *status epilepticus*.

I vasi sanguigni presentano spesso alterazioni diffuse: inspessimento delle pareti, proliferazione dei loro nuclei, specialmente di quelli appartenenti all'avventizia, gliosi perivascolare, presenza di linfociti nell'avventizia e nello spazio linfatico perivascolare. Queste alterazioni sono per lo più da considerare come un effetto degli accessi ripetuti, che determinano fatti di stasi e di transitoria *asfissia cerebrale*; ma è certo d'altra parte che nell'epilessia tardiva le lesioni arteriosclerotiche, gravi e diffuse, hanno un'importanza causale. Del resto Hochmann ha riscontrato in tutte le categorie di epilettici un'intensa calcificazione dei vasi cerebrali più sottili; e non esita a considerare questo processo come un coefficiente importante nella patogenesi dell'epilessia.

Fig. 122. — Idiozia epilettica: sclerosi del corno d'Ammone. Strato [illegible] del corno d'Ammone. Cellule nervose atrofiche con presenza di numerose fibre nevrogliche [illegible] con l'[illegible] ferrico.

All'infuori delle lesioni cerebrali hanno importanza negli epilettici le anomalie delle ossa craniche. Esse possono essere l'indice di varie alte-

cazioni patologiche, di *idrocefalo*, di *rachitide*, di *sifilide*, consistono in *asimmetrie*, *precoci sinostosi*, *abnorme spessore delle ossa*, *ritardi nelle suture*, *iperostosi*.

Tra le lesioni dei visceri hanno qualche importanza quelle del *cuore*. Spesso i *vizi valvolari* sono, se non la causa, per lo meno una concausa nel determinare l'epilessia, e ciò specialmente quando la malattia si manifesta in età adulta o nella vecchiaia. L'*ipertrofia del ventricolo sinistro* (semplice) è una *conseguenza* abituale degli accessi ravvicinati e numerosi.

CURA.

Poche malattie hanno dato luogo a tanti tentativi terapeutici come l'epilessia; dall'uso di innumerevoli farmaci ai più arditi tentativi operatori è tuttora un continuo affaccendarsi alla ricerca di espedienti empirici, di rimedi sintomatici, di metodi razionali di cura.

I metodi di cura chirurgica sono inspirati tutti a preconcetti etiologici o patogenetici. Così fu suggerita e praticata da ALEXANDER la *legatura delle vertebrali* allo scopo di diminuire la circolazione del sangue nel cervello. Ripetuta da molti altri, quest'operazione parve apportare benefici effetti, ma si finì per riconoscere che il vantaggio era tutt'al più temporaneo. Più tardi JABOULAY fece osservare che forse i successi ottenuti colla legatura delle vertebrali erano dovuti al fatto che in questa operazione si tagliava il simpatico; e propose di limitare soltanto al *taglio del simpatico* che agirebbe influenzando la circolazione cerebrale. E anche quest'operazione, come quella più radicale che consiste nell'*estirpazione del ganglio cervicale superiore*, ha dato luogo a risultati contradditori o nulli, a peggioramenti e miglioramenti temporanei, benchè largamente sperimentata. Ripetutamente è stata vantata la *trapanazione semplice con incisione della dura*; anzi KOCHER credè di trovare una spiegazione del buon risultato in ciò, che la pressione del liquido cefalo-rachideo aumenta durante gli accessi e che gli accessi abortiscono se si provoca una evacuazione di liquido che ristabilisca la pressione normale. Ma gli studi di NAVRATIL e ARNDT hanno mostrato che l'aumento di pressione non è causa degli accessi, bensì un loro effetto secondario per la stasi venosa cagionata dall'arresto respiratorio. Del resto già BEREZOWSKI aveva potuto persuadersi che i benefizi della trapanazione erano tutt'al più temporanei, e a lungo andare le cose tornavano come prima.

In realtà la trapanazione del cranio non trova oggi una indicazione sancita dall'esperienza che nei casi di pura *epilessia traumatica*, quando vi è da ammettere che per frattura con avvallamento o scheggiamento

delle ossa si è stabilita un'irritazione locale, da cui per lo più nascono accessi jacksoniani. Ma anche in questo caso si ha probabilità di successo soltanto se la malattia non sia inveterata e sopratutto se gli accessi, dapprima localizzati, non siano divenuti generali.

Le *cure mediche* sono in gran parte sintomatiche, ed hanno di mira sopratutto la prevenzione degli accessi. È inutile anche semplicemente enumerare tutte le sostanze che volta a volta sono state adoperate a questo scopo, e alcune in base ai più stravaganti presupposti, come ad esempio il *curaro*. L'esperienza generale ha ormai consacrato che i *preparati bromici* sono gli antiepilettici per eccellenza, tutte le altre sostanze sperimentate non potrebbero giustificatamente essere adoperate che in casi di intolleranza o di dimostrata inefficacia dei bromuri. Tra queste hanno qualche valore l'*atropina* (Weiss), l'*antipirina* (Lemoine, Amadei), l'*idrato di amilene* (Wildermuth). Il *borace* ebbe voga per qualche tempo, ma l'esperienza dimostrò poi che questo non giova, anzi produce un grave stato di cachessia accompagnato da disturbi trofici cutanei, eczema, acne, psoriasi, caduta dei capelli, distrofie ungueali, e da gravi disturbi gastrici, catarro, dispepsia.

Tra i *bromuri* hanno valore pratico quelli di *potassio*, di *sodio* e di *ammonio*; ma la fantasia dei terapisti si è sbizzarrita nel combinare il bromo con ogni sorta di metalli, alcalini, terrosi, pesanti, persino con l'oro, forse per lusingare la vanità di qualche *parvenu*. Ma anche la somministrazione dei bromuri ha i suoi inconvenienti e deve essere usata opportunamente e con cautela. Se la prescrizione del bromo è ovvia in casi di epilessia con accessi frequenti o tendenza alle serie o allo *status epilepticus*, è dannoso o irragionevole somministrare i bromuri ad ammalati con accessi radi. Negli individui saturi di bromuri si manifestano sintomi caratteristici, che costituiscono il così detto *bromismo*: catarro delle mucose congiuntivali, stomatite, catarro gastrico, acne, torpore, ottundimento psichico. In certi individui bastano piccole dosi per provocare disturbi intollerabili, che costringono a troncare la cura. Ad evitare il bromismo, pur continuando l'uso del bromo, sono stati introdotti in terapia la *bromalina* (bromoetilformina) meno efficace dei bromuri e a dosi alte non scevra di pericolo per il bromismo; la *bromipina* di Merck, combinazione del bromo con grassi, che può essere somministrata anche per via ipodermica ed è migliore della bromalina.

Nello *status epilepticus* al bromuro si associa con vantaggio il *cloralio* o l'*idrato d'amilene*. Naab propone la somministrazione di questa sostanza per clisma in dosi da 5 a 7 gr. ed anche per iniezioni *intramuscolari* in dosi da 3 a 5 gr. [illegible] loda il *salasso*.

Alcuni metodi di cura recenti si propongono di esaltare con opportune

associazioni e rotazioni medicamentose l'azione sedativa del bromo. Così è della cura di Bechterew, che unisce i bromuri all'*adonis vernalis*: a un infuso di gr. 2-3,75 alla colatura di 180 gr. si aggiungono 7,5 ad 11,25 di bromuri somministrandone 4-8 cucchiaini al giorno.

Flechsig fa una cura preliminare di oppio, in dosi crescenti da 5 cgr. a un grammo e più in varie riprese per circa sei settimane; poi sopprime bruscamente l'oppio e dà invece grandi dosi di bromuri, circa 7 gr. al giorno, diminuendone la dose sino a 2 gr. dopo circa due mesi; e così di seguito ripetendo il ciclo. Questa cura è stata largamente sperimentata da molti medici, ma con risultati in complesso poco incoraggianti. Se vi è chi vanta miglioramenti notevoli anche in casi ostinati o che non risentivano alcun effetto dalle ordinarie cure bromiche, altri molti hanno ottenuto risultati incerti o decisamente dannosi. Non solo, ma qualche volta si è avuto esito letale in *status epilepticus* (Bratz). In complesso pare che l'oppio, se qualche volta può dare buoni risultati come sedativo, riesce dannoso nella maggior parte degli epilettici per la sua azione generale; quanto al bromo, è vero che dà effetti anche in individui refrattari, ma ciò dipende dalle grosse dosi che si prendono dopo un periodo di astinenza. In conclusione quella di Flechsig è una cura violenta e pericolosa.

Richet e Toulouse hanno da pochi anni proposto un nuovo metodo che consiste nella somministrazione di bromuri in dose moderata, riducendo con apposita dieta la somministrazione dei cloruri alimentari. La deficienza di cloruri nell'organismo determinerebbe secondo questi autori la loro sostituzione per mezzo dei bromuri. I bromuri, non più presenti come sostanza estranea, ma ingranati nel meccanismo del ricambio e nella struttura chimica del tessuto nervoso, avrebbero una maggiore efficacia. Anche questo metodo è stato largamente sperimentato; e mentre da una parte ha suscitato approvazioni, da altri è stato censurato come dannoso e persino pericoloso: Pasic avrebbe notato che il metodo di Richet facilita il bromismo e può condurre a morte per debolezza cardiaca. Gli stessi benefici effetti di questo metodo curativo si possono del resto ottenere senza somministrazione di bromuro, con la semplice adozione di una dieta ipoclorurata. L'adozione di una dieta regolare e di natura mista, come si pratica nel metodo di Richet e Toulouse, è forse l'elemento più efficace della cura.

Del resto le semplici cure dietetiche sono state più volte vantate contro l'epilessia. Così Wistocki propugna la dieta lattea; Haig, partendo dalla sua teoria patogenetica che attribuisce l'epilessia all'accumulo di acido urico nel sangue, consiglia la dieta mista prevalentemente vegetale, e ne vanta gli ottimi risultati. È ad ogni modo sicuro che la regolarità nella

dieta è un mezzo sicuro per diradare gli accessi. Vi sono epilettici i quali non presentano che rari accessi, e sempre in seguito a intemperanze dietetiche. Molti epilettici che vengono ammessi nei manicomi e negli ospedali perchè presentavano accessi frequenti e ripetuti migliorano moltissimo e talvolta non presentano accessi per settimane e per mesi solo in grazia della dieta regolare a cui vengono sottoposti. La rimozione del catarro gastro-intestinale, così frequente negli epilettici, l'uso di una dieta moderata e regolare, il tenore di vita tranquillo e moderatamente attivo sono elementi di primo ordine nella cura degli epilettici. È ad ogni modo da evitare la superalimentazione carnea, come pure l'uso, nonchè l'abuso, delle bevande alcooliche. Nel caso, frequente, di *stipsi abituale* è assai utile fomentare le funzioni intestinali con i *purganti mio-cinetici*. In casi di indigestione giovano i purganti salini.

Gli epilettici hanno bisogno non solo di cure mediche, ma anche e forse più di assistenza e di custodia. Molti di essi sono validi al lavoro, ma nel lavoro incontrano pericoli a causa delle convulsioni. Tanto i fenomeni psicopatici accessuali quanto quelli permanenti degli epilettici inveterati sono un'altra fonte di pericolo. Per ovviare a questi pericoli senza costringere gli ammalati ad un tenore di vita troppo diverso dal normale, è opportuna l'istituzione di appositi ricoveri per epilettici, ove essi possano durante l'intervallo d'equilibrio attendere sotto oculata sorveglianza a lavori facili e sani, soprattutto ai lavori agricoli.

quadro clinico della catatonia: automatismo fantastico, declamazione di parole e frasi invariabili, silenzi ostinati che si prolungano per anni intieri, spirito di contraddizione sistematica, manierismo bizzarro di gesti e di linguaggio.

A sua volta, un altro alienista di grande esperienza, Arndt, aveva compiuto fin dal 1868 un principio di selezione nel medesimo senso, additando come poco guaribili e fra loro affini tutti quei dementi, isterici, stuporosi, melancolici che, malgrado la diversità della diagnosi, presentavano stereotipie di certe attitudini stravaganti, ecolalia, un'ortografia del tutto personale, verbigerazione incessante, continua ed automatica, insomma la serie dei sintomi distintivi che, insieme con gli atteggiamenti statuari, integrarono poi il concetto clinico d'una catatonia a larghi confini.

L'esistenza della catatonia, come una sindrome a sè, è ormai così poco impugnata che se ne studia non senza profitto il substrato anatomo-patologico (Alzheimer). A poco a poco, e con la partecipazione di parecchi osservatori indipendenti, fu possibile di depurare la catatonia dai preconcetti di Kahlbaum, che aveva osato collocarla per le sue complicazioni motorie accanto alla paralisi progressiva; la diagnosi di catatonia fu estesa anche all'infuori dei classici atteggiamenti statuari; e l'esperienza accresciuta accertò la natura quasi sempre giovanile delle manifestazioni catatoniche. Gettato il ponte fra catatonia ed ebefrenia, entrò nella serie delle malattie mentali, indiscussa e duplicata, la pazzia giovanile (Aschaffenburg, Arndt, Morselli, Kraepelin).

L'ultima fase nell'evoluzione storica della demenza precoce è rappresentata dall'annessione dei *deliri paranoidi*. Nella V edizione del suo «Trattato di psichiatria» (1897) Kraepelin aveva già cominciato a scindere la paranoia in due sottospecie: la classica o combinatoria e la spuria o fantastica. Nella VI edizione (1899) lo stesso autore lasciava alla paranoia quei deliri verosimili, logici, evolutivi ed incrollabili che aveva assegnato alla sottospecie combinatoria; ma aggregava definitivamente alla demenza precoce, in compagnia delle ebefrenie e delle catatonie, tutti quei deliri immaginosi, poco lucidi, poco stabili e poco seri, che fino a ieri passavano ancora per paranoici ed anzi si confondevano con quelli di tipo classico. Con questo spostamento dei deliri paranoidi la demenza precoce raggiunse la grandezza attuale della sua estensione clinica senza perdere la propria fisionomia.

L'unità della demenza precoce risulta dal fatto che tutte le altre forme di pazzia spingono i malati ad una condotta determinata ed hanno la loro base psicologica o nel turbamento affettivo o in una convinzione delirante o negli errori della percezione o nella perdita dei ricordi o nell'oscurarsi della coscienza o nella scarsezza dell'acume intellettuale: data

la passione morbosa, il preconcetto mistico, l'allucinazione, l'amnesia, la confusione delle idee o la loro incoerenza o la loro assenza, si spiega facilmente e quasi si prevede il contegno dei malati che è la conseguenza naturale di premesse fallaci.

Al contrario, la demenza precoce non compromette la funzione contemplativa dell'intelligenza, ma consiste in una sistematica discontinuità fra il pensiero e l'azione, che non è possibile, nè pensabile sotto il punto di vista psicologico, perchè è la negazione d'ogni determinismo subiettivo. E infatti la volontà di questi malati non agisce sotto la pressione di motivi, ma per opera di stimoli puramente organici a cui manca un corrispettivo psichico. A questa psicosi complessa, caratteristica e frequentissima, che costituisce l'incarnazione più vera e più piena della pazzia, si adatta il nome di *catatonia* di cui si valse KAHLBAUM per esprimere qualche cosa di molto simile. Il nome di catatonia, usato anche da MORSELLI, meriterebbe di surrogare quello di *demenza precoce*, che è veramente infelice e carico di equivoci. Ma non sarebbe pratico di adottare questa sostituzione di nomi s'essa non è confermata dal consenso generale degli alienisti.

SINTOMI.

Il sintomo fondamentale della *demenza precoce* è la *stoltezza della condotta*. Qualunque sia la varietà clinica a cui appartiene, il demente precoce rivela il disordine della sua intelligenza non tanto per ciò che dice e pensa, quanto per ciò che fa; anche quando esprime e parrebbe che pensi qualche cosa di contradittorio, d'assurdo o di sciocco, come avviene spessissimo, l'osservatore spregiudicato s'accorge facilmente che l'infermo non comunica fedelmente il proprio pensiero, ma anzi ha tutta l'apparenza di falsificarlo ad arte, sia per ostinazione, sia per canzonatura, sia per un travolgimento involontario della funzione volitiva. Non è raro il caso di malati che commentino e rinneghino, almeno a parole, gli atti senza scopo e le dichiarazioni senza senso di cui hanno dato spettacolo poco prima. Talvolta la loro autocritica è felicissima, benchè fredda e spoglia d'ogni amarezza o rimorso. Se a questa relativa saggezza del pensiero non corrisponde sempre la saggezza dei discorsi, è perchè i dementi precoci sono pervertiti nella volontà e la parola è già un principio d'azione.

Il pervertimento dell'attività volontaria si manifesta in due modi: da un lato con l'indirizzo generale della condotta, dall'altro con estrinsecazioni isolate ed anche ripetute, ma non continue, d'automatismo morboso, di cui il malato ha quasi sempre coscienza e ricordo. Il contegno generale è alterato o leggermente, per la passività dei malati, o gravemente,

per la comparsa della catatonia e del negativismo. Quanto agli atti isolati o intermittenti di stoltezza, sono innumerevoli e tuttavia così caratteristici che molti di essi hanno ricevuto un nome.

La *passività* dei malati si rivela soprattutto con la loro facilità d'adattamento al manicomio; molti fra i dementi precoci, specialmente quelli d'antica data, salvo qualche bizzarria abituale di gesti e di linguaggio, sono docili, mediocremente operosi, purchè da loro non si esiga alcuna iniziativa, ordinati fino alla pedanteria. Con simili requisiti potrebbero starsene a casa; ma ogni novità, anche piccola, che li rimuova dal loro programma d'uniformità e d'automatismo, persino lo sforzo che si richiede per la scelta così ovvia tra un bene evidente e un male non meno evidente, è superiore alla volontà dei malati.

Talvolta, è vero, i dementi precoci non tollerano il manicomio; ma la loro ribellione non è per lo più che un atto di negativismo e si esaurisce in una protesta puramente verbale, senza convinzione, che viene ripetuta ogni giorno con le stesse parole, all'ora della visita, come un ritornello o una nenia da mendicante. Alcuni di questi eterni postulanti invocano, col solito accento d'indifferenza, ma con un'ostinazione incredibile, d'essere trasferiti nel manicomio del proprio paese o nel padiglione degli agitati; domandano seriamente d'essere legati; stanno immobili al sole; camminano su e giù tutto il giorno lungo il medesimo viale, come per legge d'inerzia. Nè della loro inazione, nè delle loro azioni sanno indicare il motivo; e infatti il motivo non c'è. La volontà s'è sguinzagliata dalla ragione ed opera per conto proprio, perdendo, s'intende, tutte le caratteristiche dell'attività volitiva. Ad un demente precoce, professore di letteratura nelle scuole secondarie, e che da dieci anni è ospite lucido, tranquillissimo, pulito, ozioso e rassegnato del manicomio, domandai un giorno con una certa solennità se avesse qualche desiderio da soddisfare: dopo una lunga pausa, che pareva di meditazione, il malato, tanto per dire qualche cosa, dichiarò pacatamente che avrebbe gradito..... un bicchier d'acqua. Era il primo desiderio che manifestava in dieci anni, e non aveva sete.

La *catatonia* è uno stato d'immobilità spastica nelle sue manifestazioni classiche e di stereotipia discontinua nelle sue manifestazioni minori. In tutti e due i casi il malato è attivo, ma si tratta di un'attività puramente esteriore e che non impegna le alte funzioni del cervello; psichicamente, il catatonico è sempre passivo perchè le sue estrinsecazioni muscolari, malgrado la loro imponenza o la loro insistenza, non corrispondono ad alcun movente psichico, nè vi è movente psichico od alcun altro determinismo che valga a modificarle. Se la *catalessi* è l'obbedienza incondizionata alla suggestione altrui, la catatonia è l'obbedienza cieca e inco-

atteggiamento della fig. 116 si osserva un espressione di stupore che durò vari anni; il malato non usciva dalla sua immobilità che per rapire lestamente il cibo ai suoi compagni di manicomio.

Della piccola catatonia e delle forme ch'essa assume abbiamo già parlato nel cap. VIII. Qui basterà accennare alle stereotipie più comuni tra i dementi precoci che sono: quella di non deglutire la saliva lasciando che la bocca ne resti riempita, di parlare a denti stretti, di alterare sistematicamente le desinenze delle parole quando parlano (neolalia) o la loro ortografia quando scrivono (neografia, fig. 117), di camminare in punta di piedi, di adoperare formule cerimoniose ad ogni proposito e con una stucchevole esagerazione, di mangiare con le mani o con lentezza o in posizione ritta o con certe precauzioni imposte ad una profilassi fantastica. Vi sono malati che, nei cortili dei manicomi, seguono gli andirivieni e le corse d'un compagno (ecopressia); talvolta l'imitatore (benchè demente precoce) è dotato d'una certa intelligenza, mentre il modello di cui contraffà i gesti e i movimenti è un idiota. I dementi precoci ripetono questi atti per anni interi con l'attenzione e la serenità di chi compie un dovere od un rito.

Fig. 115. — Demenza precoce in fase catatonica. L'ammalato sta immobile, silenzioso e ad occhi chiusi.

Fig. 116. — Demenza precoce; catatonia.

tra il *grande negativismo* ed il *piccolo negativismo*. Il grande negativismo consiste nell'opposizione sistematica ed universale a qualunque suggestione, sia essa imperiosa, tenera o lusinghiera, o che venga espressa a parole, o che si manifesti con cenni. Ogni suggestione di questo ge-

Fig. 131. — *Demenza precoce*. Il malato, [illegible] di professione, ha conservato l'abilità di ritrarre a penna dal vero; e la conservazione di questo suo talento contrasta col disordine delle idee, coi manierismi grafici (v. fig. 129) e con l'assurdità del contegno. La leggenda scritta al disegno dice, in alto: *1897 — Febbraio - Mercoledì 17 —*; in basso: *Mentre il disegno che anche il sole. Fu fatto a studio di [illegible] 18 — [illegible] con [illegible] — le 5. [illegible] — [illegible] prospetto. D'Imperiovan. 7 anni — Tolleti Dall'alpe del 1.° Tranquilli.* — Le ultime parole hanno un significato: *7 anni* vuol dire padiglione dei semi-agitati (del Manicomio di Firenze) [illegible] veduto dalla siepe divisoria del giardino annesso al 1.° padiglione dei tranquilli.

nere, per quanto possa essere inspirata agl'interessi più urgenti e più ovvi del malato, provoca un atteggiamento catatonico in senso diametralmente opposto. Se s'invita il negativista a mangiare, chiuderà la bocca con tutta l'energia possibile, fino al trisma; se lo si vuol adagiare sul letto, lo si vedrà rizzarsi con aspetto risoluto e spettrale, nonostante il freddo e l'incomodo della posizione; insomma il suo atteggiamento abituale è quello di reagire con tutta la persona e con tutte le forze, benchè senza aggressività (fig. 130) a tutto e a tutti. Questa controreazione pa-

demente precoce di trent'anni, impiegato, si gettò due volte dal terzo piano restando miracolosamente incolume; non era punto melanconico e dichiarò che con questa prova di coraggio si proponeva di disarmare i suoi nemici; d'altra parte non era molto persuaso che questi nemici esistessero e non attribuiva gran valore alle loro possibili insidie. Un coetaneo e compagno di questo malato, con delirio paranoide di persecuzione, a cui era stata offerta una viola, si mise in capo che quel fiore era nunzio di morte; e perchè il presagio non fosse

Fig. 129. — Demenza precoce [illegible]. L'ammalato giace a [illegible] aggomitolato e [illegible] di modificare il suo atteggiamento.

sfatato, si tagliò profondamente i polsi col coltello; non riuscendo a morire, esangue com'era, fuggì per la campagna, si arrampicò sopra un cipresso altissimo e di là si accingeva a precipitarsi; ma alla vista della gente accorsa con una scala per salvarlo, cambiò idea e cominciò a beffeggiare i suoi salvatori; dall'alto dell'albero gridava loro allegramente *uno, due, tre!* come se a quel segnale dovesse abbandonarsi nel vuoto. Un capitano contabile, anch'esso colpito da delirio paranoide, ed oggi demente, tentò due volte il suicidio.... per dimostrare la propria invulnerabilità: la prima volta si precipitò nel pozzo d'una scala, ma urtò contro la ringhiera e fu balzato nella rampa immediatamente inferiore, non riportando che lievi contusioni; la seconda volta trangugiò un'infusione di sigari raccolta fra i ricoverati dell'antico manicomio fiorentino, ma, colto subito dal vomito, se la cavò in tre giorni con forti sintomi

d'avvelenamento»; presentemente, per ribadire la sua tesi, si propone di saltare dal basso in alto, fino al terzo piano. Una signorina, che poi guarì e prese marito, oltre a picchiare le compagne senza ragione, si levò tre incisivi, scalzandoli a poco a poco col manico d'una penna; ogni tanto sogghignava silenziosamente; il suo disordine mentale s'era iniziato con un delirio poco coerente di persecuzione.

Tra gli impulsi dei dementi precoci sono assai frequenti le *fughe*: fughe inconsulte, immotivate, improvvise, che i malati intraprendono senz'avviso, senza denaro, senza collera, senza paura e senza meta. Scoperti, si lasciano ricondurre a casa tranquillamente e come se nulla fosse accaduto. Qualche volta queste fughe si ripetono, sempre in modi diversi, e i malati non mostrano d'accorgersi dello sgomento che gettano così nella famiglia. Le spiegazioni che ne danno sono sovente grottesche per la loro puerilità: volevano esercitarsi nel cammino, cercare il fresco, passare il tempo, esplorare paesi nuovi, studiare astronomia, contemplar l'alba, allargarsi le scarpe.

L'indifferenza affettiva è già visibile anche negli esordi procellosi e nelle fasi acute della demenza precoce, cioè quando i malati si comportano a modo dei melancolici o dei maniaci o dei paranoici e sembrerebbero animati da grandi passioni. Le loro violenze sono troppo improvvise, effimere ed incoerenti per nascere da un sentimento vero e continuato. È soltanto con la diagnosi di demenza precoce che si spiegano le fughe senza scopo, i suicidi senza disperazione, i ferimenti senza collera, le calunnie senz'odio. Un cocchiere d'omnibus, che da 20 anni è al manicomio, mise i suoi cavalli alla corsa sfrenata con grandissimo spavento dei cittadini, e non era nè incosciente, nè irritato, nè ubbriaco. Un altro demente precoce, tipico per la sua estrema remissività, uccise ad un tratto la propria madre che aveva sempre amato, senza saper dare alcuna spiegazione di questa tragedia così contraria alla sua mitezza abituale ed anche alla forma tranquilla della sua demenza.

Si spiegano allo stesso modo certi atti di minore importanza, come il riso senza ilarità, il pianto senza dolore, le sfuriate senza irritazione, le grida senza paura. Spesso i dementi precoci commettono gravi imprudenze, professandosi e riuscendo a farsi credere innamorati; ma il loro amore è pieno d'eroismo e di costanza, perchè non è sincero. In tutte le azioni, anche le più ardite dei dementi precoci, manca la fierezza.

Questa mancanza di fierezza (e persino di dignità) è assai evidente nella fase terminale. Un demente precoce, a cui domandavo se si credeva pazzo, rispose sorridendo che il quesito non era di sua competenza e che toccava a me, alienista, di risolverlo, non a lui. Un altro ammalato assume qualunque posizione, fa qualunque gesto, ride, trema, va in estasi

tanto in tanto con imprecazioni, dà calci nel muro, spezza con la scopa i vetri delle finestre e poi trionfa sopra immaginari nemici di cui crede sentire la voce ingiuriosa; all'infuori di queste allucinazioni, è ilare o indifferente. Persino i catatonici, nonostante la loro profonda imperturbabilità, sono spesso allucinati, e nei periodi di remissione raccontano le scene terrifiche o comiche a cui hanno assistito, ma non reagito. In questa specie di dementi precoci un sorriso fugace, un'esclamazione di sorpresa o di minaccia sono, per solito, l'unico e incerto indizio dell'allucinazione attuale. Ma i malati della varietà paranoide ne danno notizia più esatta, talvolta con espressioni pittoresche. Una giovane, soggetta ad allucinazioni uditive e genetiche, mi scriveva la lettera seguente.

« Illustrissimo Signor Professore, io sono sempre disperata per il pericolo nel quale mi trovo. A stento posso scrivere perchè mi sento la testa occupata in parte da quelle persone invisibili, che mi fanno rimanere stordita e incapace di pensare senza stancarmi sensibilmente. Provo dei dolori al ventre terribili, causati dalle stesse persone, che mi tengono avvinta con mezzi così vili. Io non posso sopportare più a lungo questa schiavitù, ho bisogno della mia libertà e della mia salute perchè me le aveva date Iddio. Abbia pietà di me, signor Professore, guardi se mi libera da queste bestie umane! Si rivolga alla Polizia e faccia metter loro la sorveglianza. A questo scopo ci vorranno delle spese che noi pagheremo volentieri. Salutandola rispettosamente mi firmo devota, N. N.

« Appena posso vado via da Firenze e mi faccio visitare da un primo medico il corpo; e se mi manca qualche cosa, se non ho tutto in regola, son capace di vendicarmi terribilmente ».

Questa signorina, malgrado la serietà delle sue querimonie, è spesso ilare e soddisfatta, e qualche volta è così incoerente da domandare protezione anche ai suoi persecutori, di cui ha in tasca e mostra a tutti un lungo elenco.

Le allucinazioni sono un fenomeno così frequente e caratteristico della demenza precoce, che KRAEPELIN mette quasi in dubbio la loro esistenza allo stato cronico all'infuori di essa, e ritiene che i deliri della paranoia genuina sono quasi sempre esenti da allucinazioni. Quest'osservazione è assai giusta; classi intere di paranoici, come quelle degli erotici, dei querelanti, dei mattoidi, e una gran parte dei perseguitati, non sanno che cosa siano le allucinazioni e negano sdegnosamente d'averne mai sofferto; ma un piccolo contingente di paranoici perseguitati e quasi tutti gli ambiziosi, p. es. i profeti di nuove religioni, sono allucinati quanto e meglio dei dementi precoci, perchè il fenomeno allucinatorio è in questi paranoici più precoce che in qualunque altro malato di mente. Tuttavia, fatta eccezione di questi pochi paranoici, è certo che l'allucinazione cronica è un sintomo quasi patognomonico della demenza precoce, come l'allucinazione acuta è un sintomo quasi patognomonico

mente di giovani ignoranti. Mentre il delirio ipocondriaco dei paralitici è iperbolico e ingenuo nelle sue conclusioni, ma parte da un malessere profondamente sentito, quello dei dementi precoci non è che un'affermazione petulante e satura di saccenteria. I malati asseriscono d'avere un vizio al cuore, un polmone distrutto, la sifilide, la paralisi generale, la cloroanemia, e magari tutte queste malattie insieme; ma nel discorrerne non tradiscono che una mediocre emozione e qualche volta si mostrano assai più infervorati della spiegazione che dolenti del fatto. La stessa spiegazione, quantunque assai meno inverosimile di quelle accampate dai paralitici, è così infondata, che si rimane in dubbio se il malato, lucido com'è, ne sia veramente convinto. E il delirio ipocondriaco risente un po' della fatuità, della stolidità, dell'automatismo che domina tutta la condotta del demente precoce; insomma è più imputabile alla demenza dei suoi atti che alla demenza delle sue idee.

Quando un adolescente od un giovane, che non sia nevrastenico, manifesta idee incoerenti d'ipocondria, la diagnosi di demenza precoce si presenta come la più probabile. La distinzione di fronte alla nevrastenia è facilissima, perchè i nevrastenici almanaccano, ma non delirano, sono sempre accessibili ai buoni consigli, si lasciano confortare, e nei loro apprezzamenti sono trascinati da sensazioni reali, per quanto ingannevoli. Lo stesso si può affermare riguardo alle idee ipocondriache che talvolta nascono nell'isterismo.

Meno frequente è il *delirio di persecuzione*, ma altrettanto sconnesso e povero d'affettività. I malati non reagiscono contro le insidie che temono o dicono di temere; spesso ne fanno il tema di dichiarazioni amorose o di scherzi ironici che tradiscono l'indifferenza; o ricorrono, per difendersi, ad espedienti puerili. Un fotografo, grafomane, erotomane, inventore, pseudo-allucinato, che aveva attraversato una fase d'agitazione confusionale, immaginò di premunirsi da ogni ostilità, scrivendo sopra un foglio di carta non mai uscito dalla sua tasca una formula comminatoria. Uno studente di legge caduto in profonda demenza, ma completamente orientato, ripete cento volte al giorno: «In nome di Dio e del mio *sovrano* il Califfo ottomano, io Umberto B... dell'avvocato Anselmo, di Firenze, chiedo d'esser posto in libertà e dichiaro che non ho bisogno di mangiare, nè di bere, salvochè pane ed acqua, purchè garantiti puri ed *immuni da sostanze organiche nocive*».

Tra i dementi precoci tutte le forme di delirio sono rappresentate. Vi è un *delirio di colpa*, ma senza rimorso, che perciò sta a mille miglia di distanza da quello dei melanconici; i melanconici non sogliono specificare alcun fatto preciso, mentre i dementi precoci raccontano turpitudini immaginarie, improvvisando con disinvoltura, come se volessero mistificare

mentale. Tra gli autografi precedenti ve n'è uno che abbiamo dato appunto come saggio di *nettezza grafica* in contrasto con l'assurdità incoerente della condotta. A prova del fatto opposto, cioè di demenza grafica, valgano i seguenti. Un giovane paranoide passa le sue giornate riempiendo pagine intere di frasi banali o insensate, ma sottolineate (ma-

Pazienza significa eroismo.
Per la Fede bisogna fare tutti
sacrifizi possibili ed immagi-
nabili – Bussa bussa ti sarà
aperto l'uscio per entrare nella
casa di Dio – Vicino a Gesù
ci stanno i libri, vicino ai li-
bri ci sta l'immagine della
Madonna di Pompei, e vicino
a te c'è la Verità – Fuori
dell'uscio ci sta la Menzogna.

Fig. 127. — *Demenza precoce*: saggio di scrittura calligrafica e incoerente. In certe giornate l'infermo si proponeva di dimostrare la sua virtù, e perciò riempiva dei fogli interi di massime insulse o banali, a cui annette una grande importanza.

nierismo *grafico*) e scritte nitidamente con irreprensibile calligrafia (figura 127). Uno studente di scultura, abbastanza ordinato nel contegno, scrive:

« Angelo Mosso dubita o meglio crede che l'uomo sia provvisto d'anima, deducendo la sua teoria dagli esperimenti nelle Alpi; Herzelli al contrario ammette la vita come produzione della forza muscolare. Preferisco il secondo ».

Si scende ad un livello più basso nella demenza grafica con questo scritto d'un ebefrenico, che peraltro tradisce lo stesso spirito di saccenteria impotente.

« Vero che il divorzio non può essere in casa, vero che il mantenere il quale mantenere in casa non posso... ».

Ma vi sono bassifondi di demenza grafica che costituiscono veri abissi, ed eccone un documento. Si tratta d'un sensale, ammogliato senza figli, che cominciò a dar segni di pazzia con allucinazioni e delirio di gelosia, che da quattro anni è incoerente, ma che conserva un contegno abbastanza regolare, che reclama ogni giorno la libertà con accento serio ed energico, che è fuggito due volte dal manicomio con astuzia e che all'occorrenza sa farsi rispettare. Eppure ha potuto dirigere alla propria moglie una lettera come questa:

« Firenze, 22 Gennaio 1902. Signorissima! Presta alla suddetta signorissima il privato s. questione la in Falgano S. M. la iniziare la cova mio privativo riconosciuto! vostro aff. Luigi Copenhagen ».

Talvolta il disordine del pensiero si associa a quello della scrittura (fig. 129).

Fig. 129. — Demenza precoce della varietà paranoide, stadio terminale con demenza caotica. Manierismo grafico, che consiste nella ripetizione, per lo più trina, di certe lettere e nell'interpolazione di lettere che non dovrebbero esserci. Lo scritto dice: *Sua Altezza e Magnificenza*. Autore di questo scritto è l'ammalato di cui si vede il ritratto alla Fig. 128.

La demenza precoce, specialmente nella varietà ebefrenica, è spesso preceduta da abusi incredibili di onanismo. I malati vi si abbandonano senza misura e senza vergogna. Secondo il concetto volgare questi abusi sono anzi la causa determinante della malattia. È peraltro più probabile che il tumulto della sensibilità genetica sia già di per sè un sintomo della malattia. Le pratiche masturbatorie accompagnano le prime fasi di questo lungo processo involutivo e producono un dimagramento talvolta spaventoso; ma non è raro il caso che cessino poi bruscamente e nel modo più assoluto. Si direbbe che nell'involuzione progressiva dell'ebefrenia cada travolta anche la sensibilità genetica. Dal giorno in cui tace ogni stimolo erotico, i malati cominciano a rifiorire, e in capo a qualche mese raggiungono una pinguedine eccessiva ed ignobile, che si manifesta principalmente nella faccia e che li rende irriconoscibili. In questo

stadio della demenza precoce tutti i sintomi della malattia si assopiscono per sempre: scompare il negativismo, si sciolgono i sistemi deliranti; il malato non si masturba più: è un vulcano spento.

Siccome, indipendentemente dall'onanismo, i dementi giovanili dei due sessi vanno soggetti a metamorfosi cicliche di grande rilievo in rapporto allo stato generale di nutrizione, non è improbabile che il divampare e l'estinguersi improvviso delle manifestazioni erotiche derivi appunto da un effetto particolare di questa metamorfosi generale. D'altra parte, il fatto che la sensibilità genetica, una volta che si è resa latente, non ricompare più, lascia credere che si tratti d'una involuzione parziale, prodotta dallo stesso abuso della funzione.

Quanto ai *sintomi somatici*, i soli veramente notevoli, ma tutt'altro che costanti, nel decorso della demenza precoce sono le oscillazioni dello stato nutritivo che abbiamo or ora accennato. L'esagerazione del riflesso rotuleo, il tremito delle palpebre ad occhi chiusi, la cefalea occipitale, la stipsi, l'insonnia sono proprie del solo periodo acuto ed appartengono alla sindrome nevrastenica; la deduzione che si deve trarre dalla presenza di questi sintomi è una sola, cioè che la demenza precoce comincia molto spesso con crisi più o meno lunghe di nevrastenia.

DECORSO E VARIETÀ CLINICHE.

La demenza precoce, fatta astrazione dalla prestezza con cui raggiunge lo stato di cronicità, meriterebbe la sua qualifica di precoce anche perchè è una malattia eminentemente giovanile. I primi sintomi della demenza precoce si palesano per lo più tra i 15 e i 30 anni. Ma a questi casi giovanili si deve aggiungere un piccolissimo numero di casi tardivi, tuttavia non oltre i 60 anni d'età, a cui Kraepelin ha dovuto riconoscere i caratteri della demenza precoce e di cui io ho potuto anche da parte mia confermare qualche volta l'esistenza. Queste eccezioni non infirmano nè la natura giovanile della malattia, nè (molto meno) la sua individualità. Che la demenza precoce sia una malattia giovanile lo dicono le statistiche ormai numerose di vari alienisti.

Che poi la presenza di qualche caso tardivo accanto alla lunghissima serie dei casi giovanili autorizzi a disconoscere l'individualità della malattia non è cosa sostenibile. La demenza precoce si rivela con sintomi così numerosi e caratteristici, che si può diagnosticare anche senza il certificato di nascita. Vi sono bensì malattie che, fra gli altri connotati, hanno quello dell'età, come la difterite, la pertosse, il morbillo, che colpiscono i giovani, e il carcinoma, l'arteriosclerosi, la gotta, l'apoplessia,

cace, quantunque guarito, si adatta ad una carriera inferiore o si astiene

Fig. 179. — Demente precoce in istato di depressione.

Fig. 180. — La stessa malata in istato di stupore e disordinata.

da qualunque attività militante. Brillanti allievi delle Università accettano uffici di scrivani e si arruolano negli infimi gradi della burocrazia, dell'esercito, del giornalismo, del teatro..., o, se sono ricchi, si dedicano ad un ozio senza lusso e senza emozioni, vivendo in famiglia come parassiti che pretendono poco e non contano nulla; oppure si abbrutiscono gradualmente, trascinati da cattivi compagni all'alcoolismo ed alla disonestà, vittime non di passioni intense, ma della propria passività e d'un ambiente funesto.

Fig. 181. — La stessa giovane completamente risanata. Per quasi tre anni lo stato d'integrità mentale si è conservato; ora è subentrato un nuovo attacco d'ebefrenia.

Tra le varietà della demenza precoce la paranoide è d'ordinario la più tardiva. L'*ipocondria persecutoria* (LUGARO) è la più tipica tra le forme tardive; essa fa la sua apparizione soprattutto nelle donne intorno all'età climaterica e qualche volta anche in uomini sui cinquant'anni. Il delirio paranoide dell'ipocondria persecutoria è abbastanza lucido e si conserva allo stato puro e coerente fino alla morte.

che ne rappresenti una fase, può durare lunghi anni, sempre uguale. I malati vivono in uno stato di sonnambulismo; e se non raggiungono la completa immobilità, presentano una lentezza spettrale di movimenti che basta alla diagnosi. Spesso queste statue attonite o corrucciate o sorridenti pronunciano apostrofi stereotipate che non stanno in relazione col loro atteggiamento, bestemmie, oscenità, parole insensate; camminano, si vestono e mangiano come automi; possono giungere fino a giuocare una partita di bigliardo o di scacchi, ma con una inabilità ed un ritardo da stancare la pazienza d'un santo. I catatonici non provano mai i sentimenti raffigurati dal loro atteggiamento; qualche volta sorridono o ridono esplosivamente e sembrano burlarsi di sè stessi. Non di rado defecano o si orinano addosso, ma con un certo sistema, p. es. quando li assiste un infermiere pietoso che un altro, quasi per fare un dispetto od uno scherzo. O trafugano il cibo o picchiano i compagni di manicomio o gridano a squarciagola con un'impulsività subitanea e irragionevole, per rientrare con passaggio parimente subitaneo e irragionevole nella loro abituale immobilità. Insomma sono statue capaci di qualche attività e che ogni tanto si animano, prendendo iniziative a sproposito. Ma vi sono casi in cui il catatonico, senz'alcun determinismo visibile o indovinabile, si risveglia, si scioglie dalle sue inibizioni e dà segno di sufficiente lucidità per ore o per giorni interi. In questi casi si può accertare facilmente dal contegno e dalle risposte vaghe dei malati ch'essi, malgrado le apparenze contrarie, non erano dominati nè da veri deliri, nè da forti emozioni; e che i loro atteggiamenti statuari sono il puro effetto dell'automatismo. La coscienza, senz'essere del tutto sospesa, è in uno stato di decomposizione che rassomiglia a quello di chi sogna.

I deliri paranoidi, che formano la terza varietà della demenza precoce, assorbono tutti i casi che passavano sino ad ora sotto la bandiera della paranoia originaria. Soggetti a metamorfosi rapide ed illogiche, decorrono talvolta senza interruzione, talvolta intermezzati da episodi catatonici, ma anideici. I parenti ed i profani, non senza abuso di dialettica, pretendono di assegnare un significato a questi episodi, come se i malati si mettessero volontariamente in catatonia per espiare peccati, per esercitare scongiuri, per compiere una dimostrazione di protesta, o come se vi si abbandonassero perchè sopraffatti dalla passione. Ma i deliri anche originariamente non sono che interpretazioni infelici delle parestesie psichiche, da cui i dementi precoci sono senza tregua dominati; delle allucinazioni, delle pseudo-allucinazioni, degli impulsi. L'interpretazione può compendiarsi in uno o più neologismi: vi è un malato che dice di trovarsi qualche volta in *telepatia*, altre volte in *patotelia*, e intende esprimere col primo vocabolo le allucinazioni vere, coll'altro (al-

mente così pure le immagini mentali coatte ossia le pseudo-allucinazioni. I deliri paranoidi dei dementi precoci, non abbisognando nè di avvenimenti reali, nè di sforzi intellettuali per allargare la cerchia del loro tema, crescono indefinitamente. A poco a poco la concezione fantastica ed incoerente del mondo e di sè stessi prende nella coscienza dei malati un posto così vasto, da non lasciarne più alcuno per la realtà. I dementi precoci con delirio inveterato rompono ogni relazione intellettuale con gli altri uomini, non si curano nè di conoscere le idee altrui, nè di far note le proprie; ma nelle faccende minute e quotidiane della vita, aiutati dall'automatismo, si comportano con una monotonia placida d'abitudini, che è come un equivalente della regolarità. Salvo qualche residuo di bizzarria, s'alzano, si vestono, si alimentano, salutano e lavorano macchinalmente, ma non senza perseveranza: lenti, ma infaticabili. Le idee deliranti dei malati sono così dissociate, da non suggerire alcuna reazione: la loro risultante, sia in ordine alla conclusione logica, sia in ordine ad un programma pratico, è uguale a zero.

Così i dementi precoci dal periodo agitato dell'ebefrenia, della catatonia e degli esordi paranoidi passano più o meno tardi, talvolta in quattro o cinque anni, ad una fase cronica, terminale, uniforme di apatia completa, interrotta da rari scatti d'impulsività o d'allucinazioni, che si ripetono a loro volta con una certa uniformità e che si possono quindi prevedere e prevenire. Tra questi infermi abitudinari e tranquilli, che contribuiscono ai bassi servizi dei manicomi e che talvolta eseguiscono con abilità certi lavori stereotipati, ve ne sono molti che si comporterebbero in modo del tutto regolare, se ogni tanto non parlassero da soli, se non camminassero con un passo studiato, se non assumessero il comando militare di legioni invisibili o se non si abbandonassero a pratiche paranoidi. Un nostro malato tra i più attivi nella spazzatura dei locali riempie di numeri ogni pezzo di carta che trova, ne traccia col gesso sul pavimento e con le mani sulla ghiaia del giardino; un altro, non meno assiduo nelle stesse faticose incombenze, adopera la pompa del giardino per irrigarsi l'ano a cura preventiva delle emorroidi; un altro ancora, che all'attività materiale associa un'incredibile e sconclusionata magniloquenza, tenta, se gli riesce, di mangiare lo sterco umano, per fare atto d'omaggio ad un prodotto per quanto umile dell'onnipotenza divina.

I dementi precoci, giunti alla fase cronica, rimangono all'infinito in uno stato di decadenza invariabile e non presentano alcuna anomalia nel campo delle funzioni somatiche.

Come un esempio tipico di demenza precoce a decorso misto riportiamo il sommario biografico d'un giovane che attualmente sta per passare dalla fase acuta alla cronica.

di quel genere di idee, divisi i periodi per gruppi, e ad ogni gruppo li richiesi del suo parere.

« La calma del sacerdote, la sua benignità ed anche chiarezza di mente mi fece buona impressione: egli senza incertezze, con franchezza ed in modo abbastanza persuasivo, lodò quello ch'era da lodare, m'indicò fino a dove io avea camminato bene, fin dove cioè si vedeva la mano del Signore, e d'onde io avea incominciato ad errare, ritenendo io per buono quello che egli riteneva essere invece insinuazione del demonio, sotto apparenza di bene, per la maniera del ragionamento, e massime pel fatto dell'avermi tenuto lontano dai S. Sacramenti, e dal parlare del sacerdote del quale, egli mi disse, il Signore non ha paura.

« E richiestolo poi s'egli credesse essere realmente opera diabolica oppure auto-suggestione, mi rispose che lo spirito maligno si serve talora anche di questo mezzo. Dichiarò adunque le mie idee sostanzialmente erronee, e mi esortò a rimettermi all'obbedienza.

« La mia mente, l'animo mio, erano atti in quel momento a riceverne l'impressione, e le sue parole fecero l'effetto voluto.

« Durante il colloquio la proibizione tacque e dopo ne rimase sopraffatta.

« Puoi immaginare la nostra gioia quando ridiscendemmo le scale del canonico, avendo ottenuto quello che da tanto tempo si anelava.

« Cessata la causa che mi ci costringeva, predominò nell'animo mio l'avversione a quel luogo, ove fino allora era stato, e nel quale se le mie fisiche condizioni ne avevano avuto un certo vantaggio per la costrizione al cibo, *quelle mentali erano al certo peggiorate per la solitudine* ed il continuo turbinio delle idee, e pregai Mamma di non ricondurmici, ma di portarmi seco al focolare domestico. Mamma assentì, e la sera con letizia cenammo tutti assieme.

« Mi trovo così alla famiglia in seno, presso alla mia cara Mamma, cui ho promesso di obbedire docilmente, faccio tre pasti al giorno, e *le mie idee si vanno dileguando come nebbia al sole, come musica che si allontani, come ricordo del passato.*

« Dopo qualche altra conferenza col canonico cui egli mi ha consigliato penserò sotto alla sua direzione a tornare ai S. Sacramenti, a compiere al più presto la S. Confessione e la S. Comunione da cui pur troppo sto lontano da un anno.

« Dietro consiglio del canonico e di mamma ho anche ricominciato a bere vino, abbiamo comperato carta per palloni, di cui un primo costruito peraltro dal Nino è partito ieri — e sento in complesso la mente più sollevata.

« Quante quante cose potrei ora dirti, ed avrei da ringraziarti di quell'amore di fratello, povero Baldo, e da chiederti perdono dell'averti, sebbene involontariamente, cagionato tanto dolore. Ma tu aneli ad una mia lettera, Mamma vuol che parta oggi, e Bernardo aspetta, quindi mi è forza chiudere. Dirò ancor solo che anche questa volta come già tante altre, è stata Mamma il mio angelo salvatore, senza il cui aiuto starei forse ancora a marcire là entro ».

Questo periodo di remissione cessa in capo a poco più di due settimane. Alla fine del 1900 subentra un terzo accesso violento di disordine mentale con manifestazioni d'idee deliranti, sitofobia, atteggiamenti catatonici. Il 2 febbraio 1901 il malato comincia a svegliarsi ed a camminare da sè: ma quasi subito ritorna al disordine di prima e persiste in simile stato fino al termine d'aprile.

In luglio altro soggiorno in montagna ed altra remissione. Ma tornato in città verso la metà d'agosto, l'infermo subisce un leggiero peggiora-

mento, che si protrae invariato fino al novembre del 1901. Da allora in poi lo stato di catatonia perdura ed aumenta d'intensità. Il malato tiene gli occhi chiusi e non li apre che di tanto in tanto; non risponde a nessuna domanda; sta immobile, non mangia, non si lascia imboccare, vestire e spogliare, rimanendo del tutto passivo. Ogni tanto grida od esclama: *dolce dolce, fiat, morte, giuro giuro;* non legge le lettere che riceve, non le apre e non ne scrive; si oppone a qualunque proposta tenacemente, non consente nè a camminare, nè a mostrar la lingua, nè ad alzare il capo; quando grida, accompagna il grido con un atto di disgusto, scuotendo il capo come se fosse colto da un brivido; non rompe il silenzio che per pregare d'essere lasciato immobile e senza cibo, o per domandare il cibo di magro nei giorni di venerdì e di sabato, o per implorare d'essere accompagnato alla messa; di notte *orina nel letto* e qualche volta sorride o *ride fragorosamente* senza motivo o per motivi futili.

Eppure nel 1901, mentre lo stupore catatonico era al colmo, il malato si recò una sera nella camera di sua madre, indisposta, dicendole: « senti, mamma, temo di perdere presto la mente; prima che ciò avvenga vorrei fare le mie direzioni ». E nello stesso anno per un periodo di circa trenta giorni ripeteva continuamente: *Sidone sai formenda, non so . . . . mente.* Nel maggio del 1901 era ricoverato in un Sanatorio, ma si recava ogni giorno a casa da sua madre. Orbene, mentre al Sanatorio non consentiva mai a mangiare da sè, appena giunto a casa mangiava di tutto senza farsi mai aiutare, prendeva parte alla conversazione e faceva frequenti escursioni nei dintorni della città in compagnia di parenti ed amici, che non avevano alcun sentore delle sue bizzarrie. Tornava la sera al sanatorio e le bizzarrie ricominciavano.

Questo malato, in piena catatonia, giunse al mutacismo, alla perdita delle feci e dell'orina, alla sitofobia sistematica. Tuttavia in pochi mesi si rimise e tornò a casa. Presentemente conduce una vita delle più strane: frequenta conferenze e ritrovi eleganti, esce solo, tiene carteggio brevissimo con amici di famiglia, commenta con senno gli spettacoli teatrali a cui assiste; ma ritarda di cinque o sei ore agli appuntamenti, al pranzo, alla levata mattutina, che diventa pomeridiana, e la sua camera, come la pubblica strada, è sede indisturbata di *capriole, piroette, inginocchiamenti* ed altri riti igienico-religiosi in apparenza, in realtà automatici, che assumono proporzioni gigantesche nella solitudine domestica, mentre si riducono ad espressioni simboliche e rudimentali davanti a testimoni.

La demenza precoce assume spesso un carattere familiale come nel seguente caso:

A. B., giovanotto di 25 anni ebbe una bisavola nevropatica; la nonna impazzì a 27 anni e fu ammessa al manicomio di Firenze il 4 luglio del 1851 con mutacismo, delirio, tendenza a saltare dal letto, insonnia; la madre, nata da questa inferma, che frattanto era guarita ed aveva lasciato il manicomio, impazzì a sua volta all'età di 40 anni, durante l'allattamento dell'ultimo figlio, ed ora è in istato di completa demenza, ospite fin dal 1884 di quello stesso manicomio, che accolse per breve tempo sua madre; una zia materna di quest'ammalata fu anch'essa alienata. Ed ora, accanto alla madre, che ha raggiunto i suoi 58 anni, sono riuniti al manicomio di Firenze anche il figlio di cui si parla e la figlia di cui parleremo: entrambi dementi precoci.

Nel 1899, sui primi di gennaio, questo giovane, ch'era amante dei di-

più ereditaria: qualche volta assume senz'altro il carattere d'una malattia famigliare. Le coppie di fratelli che si contano in ogni manicomio numeroso sono quasi sempre casi di demenza precoce. La fig. 132 rappresenta tre sorelle che impazzirono verso i 20 anni, tutte di demenza precoce.

Quanto alle stigme di degenerazione, non si può affermare che abbondino; spesso l'inesorabile malattia colpisce giovani aitanti e ragazze nel fiore della bellezza. Forse, fra i colpiti, vi è prevalenza del sesso maschile, ma così lieve, da non autorizzare alcuna conclusione. In

Fig. 132. — Demenza precoce in tre sorelle: fase terminale con apatia, mutacismo ed atteggiamenti stereotipati.

materia di patogenesi, non si conosce che una congettura di Kraepelin: la demenza precoce sarebbe un'autointossicazione dell'organismo prodotta da veleni elaborati negli organi sessuali che riescirebbero dannosi al cervello. L'ipotesi fisiologica d'una secrezione interna da parte degli organi sessuali potrebbe spiegare la demenza precoce sia come una deficienza, sia piuttosto come un eccesso di tale funzione recondita. La frequente comparsa della malattia durante la pubertà, il turbamento e le oscillazioni ch'essa determina nelle funzioni genetiche e l'impossibilità della sindrome specifica nei vecchi appoggerebbero questo modo di vedere. D'altra parte il processo della demenza precoce non risparmia gli adulti, e l'organoterapia, più volte applicata con metodo e perseveranza, non portò il minimo risultato. Altri paragonarono la degenerazione dei dementi precoci

a quel processo di reversione atavica per cui certe piante inselvatichiscono; ma si fa torto ai selvaggi ravvicinandoli ai dementi precoci.

In ogni modo, se per reversione atavica si vuole intendere la mancanza d'adattabilità ad un ambiente elevato e il ritorno dell'organismo ad una forma d'adattamento inferiore, perciò intempestiva, inopportuna, mostruosa, si enuncia un'ipotesi che sta in aperto contrasto coi fatti. Il demente precoce colla sua passività, col suo negativismo, col pervertimento della sua volontà è inadatto all'ambiente in cui vive; ma sarebbe ancora più inadatto ad un ambiente meno evoluto, da cui non riceverebbe nè soccorso, nè perdono, nè correzione. La demenza precoce non è una reazione, sia pur patologica, a fattori esterni di malattia, ma è una degenerazione endogena che rappresenta la negazione di qualsiasi adattamento e che si svolge all'infuori da ogni regola o fase storica dell'evoluzione intellettuale.

In altre parole, la demenza precoce è con tutta probabilità una malattia, non un'anomalia. Anche le poche nozioni che si posseggono sulla sua anatomia patologica confermano questo modo di vedere. I preparati eseguiti col metodo di Marchi e con quello di Weigert dimostrano che nei dementi secondari la corteccia cerebrale è alterata; ora i dementi secondari sono appunto i tributari della demenza precoce. Nelle cellule vi è atrofia e degenerazione grasso-pigmentosa; nelle fibre degenerazione e distruzione (dei fasci associativi); nei vasi sclerosi, obliterazione e degenerazione grassa; nella neuroglia proliferazione dei nuclei. Questo reperto che Mascetschenko ha verificato nella demenza secondaria si può, in parte, attribuire alla demenza precoce. Nelle forme catatoniche Alzheimer ha riscontrato speciale gliosi che si limita allo strato più profondo della corteccia cerebrale. Questo interessante reperto anatomico, che più tardi è stato confermato da Dunton, si può mettere in armonia coi sintomi clinici della demenza precoce. Lugaro fa notare che il disturbo mentale caratteristico della demenza precoce e che si manifesta sotto forma pura ed isolata nei paranoidi consiste in un perturbamento della volontà e della condotta, mentre sono integri la sensibilità, la capacità motrice, la memoria e l'ideazione. Orbene, questa caratteristica parzialità dell'alterazione mentale collima perfettamente con una lesione elettiva e sistematica di speciali neuroni corticali che potrebbero appunto essere le cellule polimorfe dello strato profondo. Per via d'esclusione è supponibile che le cellule polimorfe regolino quelle funzioni che nella demenza precoce si palesano alterate e che dovrebbero coordinare le rappresentazioni con le emozioni corrispondenti e con l'esecuzione degli atti. Gli altri elementi hanno infatti, almeno per quanto sembra, altri uffici. Lo strato tangenziale e quello delle cellule piramidali sono destinati più specialmente ad asso-

ciazioni similari e più semplici; le grandi cellule piramidali servono ad esportare il prodotto ultimo dell'elaborazione corticale, il movimento, e danno origine alle vie di proiezione; gli elementi piccoli degli strati granulosi sono più direttamente connessi con le fibre afferenti e perciò con la sensibilità. Dunque la connessione tra gli affetti, i motivi e la condotta, che è il campo di battaglia della demenza precoce, risiede verosimilmente nello strato profondo della corteccia, che le ricerche anatomiche segnalano infatti come il più colpito. La demenza precoce, qualunque sia la sua causa, sarebbe così l'effetto d'una *degenerazione sistematica e parziale* della corteccia.

Solo un esame anatomico di casi recenti in fase acuta e che siano venuti a morte per malattie intercorrenti, ma non troppo lesive del sistema nervoso, potrà col tempo determinare la questione. Intanto la demenza precoce è da riguardare con sicurezza come la più tipica delle psicosi da cause interne.

CURA.

Piuttosto che di cura, si deve parlare in questi casi di regime. I vesanici sono poco sensibili ai deprimenti ed altrettanto poco agli eccitanti. Le loro violenze impulsive e i loro raccoglimenti catatonici non sono l'espressione d'uno stato affettivo; coi farmachi d'azione più sicura e più energica non è facile ridurre al silenzio reazioni automatiche e d'ignota origine. Il bromuro di potassio, la joscina, i bagni caldi e prolungati, che danno tanto sollievo agli epilettici, ai paralitici, ai maniaci, sono spesso inefficaci nella demenza precoce; l'oppio, il bagno freddo, il massaggio, l'elettricità sono senz'effetto nei casi di catatonia apatica, di mutacismo, di stitichezza intestinale e vescicale. La suggestione è ancor più inefficace; anzi, facendo appello alla persuasione, si corre il pericolo di risvegliare nei malati il negativismo e di produrre complicazioni. Il demente precoce non riconosce nè l'autorità, nè la benevolenza di chi lo consiglia; non ascolta la voce del proprio interesse, non rifugge dallo scetticismo, dalla ribellione, dall'ingratitudine, dal cinismo e dall'assurdità fino agli estremi limiti del credibile. I pentimenti, le resipiscenze, la visione chiara del proprio stato, anche nei momenti migliori, non sono mai completi.

Pei dementi precoci, soprattutto nello stadio acuto (che non è breve), è necessario il manicomio. Questi ammalati, che agiscono senza collera e pur senza freni, non curando minimamente le conseguenze dei loro atti, non possono nè godere della libertà, nè ricevere un'assistenza sufficiente nelle loro case. In una malattia come la demenza precoce, dove l'attività volontaria si snatura fino a svincolarsi da ogni movente ragionevole o

sentimentale, tutto è possibile e nulla è prevedibile. Il manicomio, se non è un mezzo di cura, è dunque per lo meno una necessità.

Ma, superato lo stadio acuto, in capo a qualche anno, i vesanici che non guariscono diventano assai più disciplinabili. Le loro manifestazioni impulsive e parossistiche si semplificano; le loro angolosità si smussano; il contegno diventa uniforme e si riduce all'estrinsecazione tranquilla di pochi manierismi innocui, che fra le mura indulgenti del manicomio non destano nè meraviglia, nè reazione. Il negativismo dei malati si spunta di fronte ad un'organizzazione grandiosa che, come quella d'un ospedale, oppone la sua resistenza passiva e impersonale ad ogni sorta d'impulsi, reprimendoli quand'è necessario, tollerandoli quand'è possibile, evitando con norme fisse ogni esitazione o contraddizione di trattamento. Così a poco a poco i dementi precoci, inabili alla vita sociale, divengono spesso idonei alla vita speciale del manicomio e vi spiegano talenti insospettati, perseveranza irreprensibile, energia insuperabile, purchè non si esiga da essi nulla più e nulla meno di ciò che possono e sogliono dare. Nelle colonie agricole annesse ai manicomi, in certi lavori di scritturazione, nelle mansioni più umili di pulizia e di disciplina interna i vesanici inveterati allo *stato freddo* sono cooperatori preziosi. Ma affinchè non desistano dalla loro cooperazione, è necessario applicare fino all'estremo sminuzzamento il principio della divisione del lavoro.

Talvolta, a furia di migliorare, i dementi precoci arrivano ad uno stato di *guarigione incompleta*, di *successo relativo*, che permette loro di vivere regolarmente anche fuori dal manicomio, purchè vi sia chi li dirige, li appoggia e li preserva dagli attriti del mondo. Per raggiungere questa soluzione non bisogna affrettarla, ma attendere che nel malato sia spento ogni impulso automatico e subitaneo.

Nelle forme catatoniche ed ebefreniche che sopraggiungono all'improvviso in individui molto giovani e con sintomi di confusione mentale, si dovrà adottare lo stesso criterio di cura che si applica nell'amenza, aggiungendovi l'isolamento in case di salute. In questi casi non è impossibile la guarigione completa.

CAPITOLO XXII.

I pervertimenti sessuali

Sarebbe ingenuo credere che ogni e qualunque irregolarità degli atti e dei desideri erotici costituisca un segno infallibile di pervertimento sessuale. Vi sono aberrazioni del senso genetico, ma parziali e passeggere, che non hanno il significato profondo di un'anomalia antropologica; e questo capitolo non è l'enciclopedia di tutte le fantasie lubriche che pullulano in cervelli corrotti, ammalati, immaturi, decadenti, o semplicemente sovreccitati. L'amore è il campo più insindacabile e più libero dell'anima umana appunto perchè l'istinto da cui emana è cieco, imperioso e poco consapevole o interamente inconscio dell'obiettivo fisiologico a cui è rivolto. Un problema così indeterminato permette una certa varietà di soluzioni personali ed in materia amorosa ogni uomo ha il diritto ad un'estetica propria. Ma questo diritto ha un limite e non deve spegnere l'attrazione naturale e fruttuosa verso l'altro sesso a totale beneficio di tendenze oblique ed infeconde.

Per la specie e pel filosofo che studia obiettivamente le leggi degli istinti il punto di mira e la norma dell'erotismo è la procreazione; ma questa norma non vincola in modo assoluto l'individuo normale che la ignora e che se ne cura mediocremente anche quando trova comodo di rispettarla. Non è patologico, nè ripugnante, nè immorale, sebbene infecondo, il contatto con una donna incinta o notoriamente sterile. Per la stessa ragione è tollerabile l'atto o il desiderio che approdi comunque ad una soddisfazione non perfettamente classica dell'istinto genetico, anche se per una volta tanto resta inascoltato l'interesse astratto della specie. L'essenziale è che questo interesse non resulti sistematicamente e irrimediabilmente tradito.

Il vero pervertimento si verifica solo in quanto un'orientazione decisamente contraria alla funzione genetica renda impossibili, malagevoli o ripugnanti i contatti normali, mentre riescono facili, piacevoli o desiderati i contatti extra-normali. Non sono dunque pervertiti quegl'individui

rozzi, incoscienti o insatiriti che, per il bisogno invincibile di soddisfare un istinto non poco illuminato, ricorrono in mancanza di meglio a mezzi inadeguati. Malgrado il traviamento transitorio, essi conservano non foss'altro allo stato latente la capacità pratica e la preferenza teorica per il rituale fisiologico. L'attrazione erotica verso individui del medesimo sesso è il più delle volte una manifestazione di daltonismo sessuale che dipende appunto da imperfetta visione dell'obiettivo amoroso; si osserva in adolescenti che vivono in clausura, fra individui la cui coscienza è annebbiata da malattie o ricondotta al daltonismo primitivo, fra vecchi rammolliti che sarebbero disposti a sfogare una libidine indistinta e bisessuale anche su teneri fanciulli del sesso opposto, se ne trovassero. In questi casi di bisessualità il senso genetico è traviato per eccesso. Alle conquiste più gustose si antepongono le conquiste più facili. Ma il traviamento cambia di natura e costituisce una vera anomalia costituzionale se, coincidendo col risveglio precoce ed intenso dell'istinto sessuale, acquista stabilità e taglia la strada per tutta la vita alle abitudini mentali e quindi agli atti materiali richiesti dall'amor fisiologico. Si ha allora un arresto dell'istinto genetico allo stadio infantile, un *infantilismo erotico*, che non attenua l'irruenza dell'attrazione sessuale, ma le impedisce d'orientarsi normalmente. Il maschio giovanetto che si innamora *provvisoriamente* d'un giovanetto dalle fattezze femminili si dimostra non già effeminato, ma *ultravirile*. Lo stesso si può affermare della giovanetta o della donna che, per colmo di passività muliebre, accetta o cerca le carezze ardenti di altre donne; essa è *ultrafemminile*. Il significato di questi traviamenti, piuttosto che parafisiologico, è iperfisiologico. Ma si passa al vero pervertimento costituzionale quando gli *adolescenti* smarriti, in luogo di retrocedere alla prima occasione, rimangono per sempre al di là del confine, o se, peggio ancora, procedono nel vagabondaggio bisessuale e si specializzano fino a raggiungere l'inversione completa e irrimediabile. L'ideale provvisorio diventa definitivo, assorbente, assoluto, mostruoso.

L'eclettismo spensierato della prima infanzia e della demenza, per quanto lontano dai precetti d'una morale rigorosa e di un'estetica raffinata, non è dunque in aperto contrasto con le leggi naturali ed anzi rivela la forza e l'impeto d'un istinto tra i più fondamentali. Esso corrisponde all'indifferenza etica ed alla semplicità estetica degli animali, tutta a base di colori e d'odori, che qualche volta distoglie, è vero, dal contatto *fecondo*, ma più spesso lo favorisce perchè ne moltiplica le occasioni sopprimendo gli impedimenti subiettivi e facilitando la scelta sessuale. Sarebbe invece impossibile riscontrare negli animali nulla di paragonabile alla vera *inversione sessuale*. L'*uranismo* completo e senza ritorno è una specialità umana, un marchio di degenerazione. La viragine che circuisca

altre donne per compiere su di esso atti maschili e che non sente alcuna attrattiva nell'abbandono di sè stessa), il pederasta che si offre femminilmente alle voglie d'uomini rozzi o semi-invertiti, mentre un'insuperabile misoginia lo trattiene e lo disgusta da ogni contatto aggressivo, sono eccezioni mostruose e rare: anomalie degenerative. Non solo questi casi estremi, ma tutte le abitudini mentali, ancorchè non seguite dagli atti, che allontanano durevolmente o irresistibilmente i sessi dai loro rapporti naturali, sono pervertimenti costituzionali.

Persino tra gli ortodossi dell'amore intersessuale si contano pervertiti: e sono gli idealisti intransigenti, gli esclusivisti, gli utopisti che, nella vana ricerca di un'anima similare o complementare o perfetta, si condannano praticamente alla castità. Il loro *particolarismo* ortodosso va a finire nell'infecondità come i *particolarismi* dei pervertiti che concentrano tutti i desideri sessuali all'infuori dal contatto fecondo e che da BINET furono chiamati col nome di *feticisti*. Partendo dal preconcetto cattolico in favore della castità, RAFFALOVICH fa un'apologia degli uranisti pudichi (uranista è sinonimo d'invertito); infatti l'uranismo, per i pericoli a cui espone nella ricerca d'un *partner*, per le repressioni penali (specialmente del codice germanico, dell'austriaco e delle leggi inglesi) e per le ostilità universali dell'opinione pubblica, conduce le persone prudenti che ne siano colpite a quello stato di castità che i cattolici considerano come il più perfetto ed ideale. Il disprezzo ascetico verso gli atti carnali giunge a tal punto, che si eleva agli onori d'una virtù teologale, se non d'un assoluto dovere, la sorella minore della castità, cioè la continenza. E poichè un grado decente d'uranismo predispone per necessità almeno alla continenza, si arriva a legittimare l'uranismo ancorchè non sia perfettamente casto. Esiste una *metafisica dell'uranismo* che risale a PLATONE. Questo capostipite degli idealisti ascetici magnifica non solo l'amor filosofico tra maschi (*eros*), bensì anche l'amore *onorevole*, cioè duraturo, temperato, serio, ma non casto. Il neo-misticismo di cui è infatuato anche RAFFALOVICH suggerisce altri argomenti a favore della infecondità, quindi della castità, quindi della continenza e quindi dei suoi derivativi extralegali; l'inversione sessuale è appunto uno di questi derivativi. Agli occhi dei religiosi o dei mistici non vi è nulla al mondo che abbia il prestigio della verginità. Essi hanno creduto di compiere un atto di massimo ossequio decorandone la madre di Gesù anche a costo di creare una posizione piuttosto equivoca al padre. Agli occhi dei neo-cristiani la verginità ha anche il pregio ben moderno dell'utilità biologica. Si invoca a tutela del benessere sociale il noto principio della divisione del lavoro: da una parte i riproduttori, scelti e limitati di numero, che miglioreranno la razza e modereranno l'esuberanza della popolazione; dall'altra gli intellettuali, esonerati dalle

cure della famiglia, votati alla castità ed alle pratiche omosessuali (perchè senza offesa al pudore altrui) e quindi più idonei a coltivare senza pastoie l'arte, la scienza e la filosofia. Tra i sacerdoti della castità gli uranisti militanti formerebbero una specie di clero irregolare.

Ma queste apologie non tolgono all'uranismo, per quanto virtuoso, il suo carattere d'anomalia. Non glielo tolgono nemmeno i forzati raccostri che si vorrebbero istituire tra l'uranismo umano e la neutralità sessuale d'alcune specie animali. Per trovare una sanzione dell'infecondità e quindi della castità nella scala *zoologica*, non basta scendere: bisogna deviare fino agli artropodi. La castità non è naturale che nei neutri; e nella linea della filogenesi umana non esistono neutri. L'aspirazione ad una specie di neutralità sessuale o ad un suo surrogato, l'uranismo, è dunque un'utopia della morale metafisica che alligna fra i mistici moderni ed antichi. E il libertinaggio, così biasimato da questa morale, è più fisiologico non solo dell'uranismo, ma anche della castità.

L'unica causa plausibile che possa, senz'oltraggio alla fisiologia, imporre la castità o rendere moralmente tollerabili i pervertimenti sessuali è l'altruismo. L'altruismo inibisce la violenza, la seduzione ed ogni rischio che metta a repentaglio la felicità della persona amata. Questa nuova forza morale, ignota ai primitivi ed agli animali, è una guarentigia di libertà e d'ordine sociale perchè esclude ogni atto carnale che avvenga senza mutuo consenso. Gli atti aberranti e tra individui dello stesso sesso, richiedendo come tutti gli altri il concorso di due volontà, sono consentiti più abbondantemente degli atti normali perchè trovano meno facili adesioni. Solo i deformi e i malati di malattie contagiose sono condannati dal rigore ben giusto dell'altruismo ad una castità senza speranza. Le altre forme di castità sono antifisiologiche. Ed è egualmente antifisiologica ogni aberrazione costituzionale degli *ideali erotici* che implichi la sistematica avversione dei contatti normali o che ne comprometta la riuscita per un fatale rovesciamento dell'attrazione sessuale verso il proprio sesso o verso una meta anatomicamente estranea al processo della fecondazione.

Inversione sessuale (Uranismo).

L'inversione sessuale si riscontra in uomini e in donne talvolta della stessa famiglia. Ma è probabile che l'eredità patologica trasmetta soltanto la degenerazione nervosa o morale e che la coincidenza delle manifestazioni sotto la forma precisa dell'uranismo dipenda piuttosto dal caso o dall'analogia dei procedimenti educativi. Abbiamo già indicato l'importanza della memoria, ossia d'una funzione eminentemente simbolica ed associa-

tiva, nel vestire d'un fascino insuperabile le impressioni erotiche dell'infanzia. Come il poeta arcadico che non conosce il dolore tende a cogliere le sole immagini della bellezza e per una specie di cecità verso il brutto si illude che tutto sia bello; come il critico unilaterale s'inspira ad una specie di chiaroveggenza esclusiva verso il brutto che lo rende incapace di gustare il bello fuorchè in teoria, così la grande maggioranza degli uomini per una involontaria selezione mnemonica dimentica il brutto e non ricorda che il bello. L'uomo che ricorda non ricorda che a metà; dei morti ci rimangono nella memoria le virtù più che i difetti, dei paesi che abbiamo percorso annoiandoci e che ci sembravano mediocri allo stato presente ci si affacciano le magnificenze e le dolcezze quando li contempliamo sotto la luce della rimembranza; delle avventure aspre e pericolose ricordiamo le gioie più che le amarezze; il limbo della nostra infanzia ci sembra un paradiso quando l'abbiamo varcato. Per questo errore di prospettiva si ritorna al mare dopo averne provate le sofferenze, e il ricordo del primo amore o del penultimo è superiore sotto certi aspetti all'emozione voluttuosa del momento per quanto viva. Non è dunque necessario che la deformazione dell'ideale erotico sia congenita, come pretende Ulrichs, che attribuiva l'uranismo alla presenza di un'anima femminile in un corpo maschile e viceversa. Vi è un elemento che predispone alle aberrazioni: la precocità. E ve n'è un altro che congiura a perpetuarle: la memoria. Nell'infanzia non è ancora distinta l'attrazione verso il sesso opposto; e se nondimeno l'istinto genetico è desto, può darsi che imbrocchi una falsa strada. L'incertezza dell'orientazione erotica non preclude a chi è precoce (o poco cosciente) le strade del pervertimento ed apre assai di sovente quella dell'uranismo. Mentre ogni altra forma di pervertimento è il prodotto del caso congiunto ad una certa precocità, l'uranismo è favorito in modo speciale dalla vita di scuola e di collegio. La memoria si allea con la vita di clausura e col caso per ingigantire e perpetuare le prime attrazioni erotiche, rendendone impossibile la correzione (Schrenck-Notzing).

L'inversione sessuale, come le altre forme di pervertimento, non cessa per questo di rappresentare un'anomalia costituzionale, specialmente quand'è completa. L'effeminato, il pederasta passivo, l'uomo che sessualmente si sente una donna e che non cede per interesse o per intimidazione, ma per impulso spontaneo e con gioia è spesso un *imbecille* od un *paranoico*; se esercita il mestiere, è un *immorale* di razza. La donna energicamente ed esclusivamente attiva, che sdegna il ruolo muliebre sia di fronte all'uomo, sia di fronte alla donna amata, è quasi sempre un'*immorale* violenta e dimostra la sua profonda immoralità con indelicatezze, frodi e reati.

La psicologia degli uranisti è immensamente variata. Le loro biografie ci segnalano i solitari che vivono castamente, le coppie legate da vincoli fissi o quasi matrimoniali, i bassi fondi della prostituzione omosessuale. Dall'estremo della castità e del pudore, attraverso alla leggerezza, alle gelosie, alle infedeltà, alla volubilità, all'impudenza, si giunge fino al cinismo. Il paradosso omosessuale si manifesta in tutte le possibili sfumature: vi sono uranisti austeri, arcadici, passionali, propagandisti, libertini, venali, svergognati, ricattatori. Tra gli austeri si contano scrittori e poeti di primo ordine. Nelle cronache dell'uranismo si trovano confessioni, carteggi, liriche, idilli, *flirt*, cerimonie nuziali, orgie, associazioni segrete, romanzi giudiziari. A Parigi nel 1903 si scopersero gli eroi della *Messa nera*; a Napoli furono sequestrate scatole di confetti che gli affigliati alla Società omosessuale si scambiavano celebrando le loro unioni come nel mondo intersessuale; a Londra si ricorda ancora il processo e la condanna del poeta Oscar Wilde, che un eccesso di stolido individualismo trascinò quasi ad ostentare il suo libertinaggio omosessuale e ad abbandonarvisi senza ritegno.

Non tutti gli uranisti sono rigorosamente omosessuali. Alcuni tra di essi contraggono regolare matrimonio, sia con l'illusione d'emendarsi, sia con la speranza di nascondere al pubblico la propria anomalia, sia col proposito di farsi una famiglia. Talvolta riescono bene o male nel loro scopo; ma l'orgasmo venereo non si produce che raramente e forzatamente per evocazione d'immagini omosessuali. Tuttavia la misoginia e la misoandria non impediscono relazioni d'amicizia e di simpatia col sesso opposto, come tra camerati che la comunanza dei gusti e delle abitudini ravvicina, ma non unisce con vincoli amorosi. L'effeminato onesto, intelligente e poco lascivo, che non ravvisa nella donna una concorrente, ma il suo simile, nel senso più stretto della parola, si compiace della compagnia muliebre, dei discorsi frivoli, delle mode; è timido e raffinato. Le invertite virili amano i sigari, la scherma, lo sport; e mademoiselle Maupin fu un'incarnazione epica di valore cavalleresco, cara ai compagni d'armi e non interamente sdegnosa della loro amicizia appassionata.

La fraternità con l'altro sesso può trasformarsi a lungo andare, per affettuosa promiscuità di abitudini, in una tenerezza che è preludio all'amore intersessuale. Gli invertiti divengono bisessuali come un mancino può diventare ambidestro; e qualche volta, specialmente se sono giovani, lasciano la strada vecchia per la nuova: l'anomalia si corregge. In questo caso l'amore intersessuale nasce dall'amicizia, dalla confidenza, dalla similarità dei gusti e delle tendenze, anziché dal contrasto. Invece del binomio Marte e Venere, tutto fatto di contrasti, si ha il binomio tutto fatto d'affinità tra Cherubino e la contessa d'Almaviva. Appunto a questo

modo nasce sovente nei collegi, nelle caserme, nelle prigioni anche l'uranismo (Raffalovich). La personalità psichica degli uranisti è dunque altrettanto sviata che la loro condotta. In alcuni se ne ha la metamorfosi integrale della personalità psichica da un sesso all'altro; in altri la personalità, all'infuori dell'atto genetico, conserva tutte le caratteristiche del proprio sesso.

L'aspetto fisico degli invertiti e specialmente dei non militanti è quasi sempre normalissimo. Nessuno sospetterebbe l'uranismo in certi uomini dalla figura tarchiata, in certe donne dai lineamenti gentili. Solo i mestieranti della pederastia usano il corsetto, il maquillage, le mutande ricamate, e sono poche le invertite che osino od amino vestire da uomo. L'amore uranico fa spesso scomparire le barriere tra le varie classi sociali e non è meno democratizzatore dell'amor normale: la ricchezza è un'aureola agli occhi degli invertiti poveri e la povertà è un incoraggiamento ai ricchi che si propongono di corrompere col danaro o di abbagliare col lusso. E non è da credere che l'uranismo sia una raffinatezza delle popolazioni urbane o delle classi colte: esso è possibile in ogni ceto e in ogni forma o grado di civiltà.

Tra gli uranisti maschi è assai rara la sodomia. Di solito gli uranisti non sono invertiti che a metà e i loro contatti si riducono a compiacenze reciproche, simultanee od egualitarie. Anche tra donne si ha uno scambio pietoso semplice di carezze meno violente dell'amore virile. Molti uranisti hanno la sodomia in orrore e vorrebbero ch'essa fosse punita come reato; l'identificazione dell'uranismo maschile alla pederastia è dunque un errore tradizionale a cui non si sottraggono magistrati e medici, ma che non dev'essere diviso dagli alienisti. La stessa ripugnanza si osservano tra donne invertite, almeno in generale, di fronte al coito clitorideo: e il caso più comune nelle coppie femminili è quello di due donne che, nella loro mutua attrazione, conservano la sensibilità, il pudore e le abitudini femminili, almeno fino ai limiti della possibilità. Insomma la maggioranza degli invertiti è formata di uomini ultravirili e di donne ultrafemminili. Gli uomini ultravirili si adattano bensì a qualche passività femminile, ma unicamente allo scopo di ottenere la reciprocità; a loro volta le donne ultrafemminili si sforzano a qualche atto aggressivo, ma con uno scopo analogo, cioè solo per ricevere il contraccambio di quel trattamento sessuale a cui si piega con voluttà passiva la mite anima della donna. Il colmo della virilità è per l'uomo la conquista d'un forte; il colmo della femminilità per la donna la resa a discrezione di fronte a chicchessia, persino ad una rappresentante femminile della debolezza. Gli uranisti sono dunque in gran parte più pervertiti che invertiti.

Uranismo femminile. — Adriana X. è una giovane francese di buona famiglia, di carattere fantastico e dolce, di aspetto gentile e molto piacente. Un po' invidiosa della sorella (maritata e bellissima), credendosi (ma a torto) poco amata dai genitori, parte col loro consenso per l'America e si stabilisce a New-York dove impartisce lezioni di francese assai lautamente rimunerate. Nella metropoli americana stringe relazione con miss Lucy Y. giovane ricca, distinta e timida che ha all'incirca la sua età (24 anni). La loro amicizia si fa così intima, che Adriana pianta le sue tende in casa dell'allieva, non come istitutrice, ma come sorella. Le due amiche dividono fra loro la camera e qualche volta anche il letto, ma Adriana è così franca e candida nelle sue tenerezze, Lucy è così buona e ragionevole nel contraccambiarle, che non si ha il diritto di elevare sospetti sulla purezza del loro amore. Se una nube d'impurità l'ha qualche volta offuscato (e non è ben certo), bisogna ammettere che Adriana abbia perduta la testa per esuberanza di passione, e che Lucy abbia perdonato, ma non ceduto, per esuberanza di bontà, d'indulgenza e di simpatia. Adriana è veramente *charmante*: istruita, intelligente, modesta, graziosa, vivace, sincera, generosa, essa finisce senz'accorgersi per dominare dispoticamente. Non permette alla madre dell'amica di entrare nella camera comune; rimprovera il fratello di Lucy dei suoi disordini; esercita un'autorità affettuosa, ma tirannica su tutta la famiglia, e si mostra, come veramente è, piena di disinteresse, noncurante dell'avvenire, devota sino al sacrifizio ed al suicidio. Questo stato di cose, tollerato amabilmente dalla buona Lucy, riesce insopportabile alla madre di Lucy ed al fratello, i cui caratteri non sono altrettanto facili. Avvengono frequenti litigi; la signora Y. va a stare per qualche tempo a Boston; ne seguono scene gravi di cui non si osa farmi il racconto. Il fatto sta che Adriana parte disperata per la Francia e rientra in famiglia. Passa un anno: un anno di sofferenze e di lacrime per Adriana, di tristezza e di rimorso per Lucy. Le due amiche si scrivono, ma Lucy è più assidua di Adriana che è in preda ad una disperazione cupa. Al termine di quest'anno infernale, tanta è la disperazione dell'una, tanta è la compassione dell'altra, che si dànno appuntamento a Firenze, e col permesso delle loro famiglie si ritrovano. Sulle prime l'incontro è sorgente di disinganni: Lucy, che è buona, ma ragionevole, rimane sconcertata dai rimpianti, dalle recriminazioni, dalle esigenze di Adriana; Adriana, che è tenera fino all'insensatezza, vorrebbe dall'amica la rinuncia perpetua ad ogni cosa, al ritorno in patria, a qualunque proposta di matrimonio, a qualunque pensiero d'indipendenza.

Quand'io le vidi la prima volta, Adriana, che è gravemente indisposta, e che da un giorno soltanto è stata raggiunta dall'amica, tiene per mano Lucy, si lamenta della sua freddezza, non le permette di uscire nemmeno un istante dalla camera, piange amaramente e non si consola che promettendole di non dividerla da Lucy. Allora sorride lievemente, discorre con senno e si palesa per una signorina amabile, educata e tutt'altro che civetta. Ma quando è sola con l'amica, parla continuamente, le sue recriminazioni non hanno limiti, le sue pretese sono prive di discrezione; il timore di perdere l'amica, di saperla un giorno fidanzata, di vederla ripartire diventa per lei un'ossessione; essa vorrebbe che tutti perissero, che New-York bruciasse, che Lucy diventasse povera per proteggerla, amarla e sposarla, se fosse possibile. In breve Lucy s'accorge di non poter continuare questo regime sentimentale ad alta pressione: e chi avrebbe il diritto di costringerla? Nemmeno l'idea di poter tornare a New-York e la promessa solenne di poter frequentare ogni giorno la casa

di Lacy, ma senza abitarvi, basta a rasserenare l'inquieta Adriana. Essa non vuol accettare una posizione che le sembra umiliante ed esige lo status quo ante senza restrizioni. L'amore di Adriana acquista qualche volta una tinta leggermente sensuale e piuttosto prepotente; ma per lo più è patetico. Questa povera ragazza, omosessuale per caso, non ha nulla di maschile; malgrado le sue dolci violenze, è l'*ultrafemminino* fatto persona. Passionale per indole, è stata spinta ad una parziale inversione piuttosto che all'amore interessato dall'esuberanza impaziente della sua affettività che non seppe attendere un idolo virile. Un uomo d'indole tenera potrebbe ottenere, dividendola, la simpatia di questa *creatura rara* e così la simpatia la guarigione. Ma intanto, che avverrà di Adriana se la sua amica l'abbandona troppo presto?

Uranismo femminile ed immoralità costituzionale. — Emma N. è una giovane infermiera, nè bella, nè brutta, ma d'aspetto femminile. Fu educata in convento ed è abile nel cucire. A 18 anni sofferse d'emottisi, ma presentemente (essa ha 23 anni) è florida e sembra guarita. La sua intelligenza è vivace, ma il suo carattere è detestabile. Bugiarda, ladra, aspra di modi con le malate, fu licenziata dopo tre mesi di prova. Si scoperse che, senza sdegnare l'amore degli uomini, coltivava, benchè senza successo, quello delle donne. Probabilmente era trascinata verso gli uomini dall'interesse e verso le donne da un erotismo omosessuale nato in convento. Tuttavia l'omosessualità di questa donna moralmente inferiore si rivela ben diversa da quella della signorina passionale che ho descritto poc'anzi. Emma N. non è punto sentimentale, non è punto pudica, non è punto riguardosa con le donne di cui s'invaghisce. Nella lettera amorosa che dirige ad una di esse non arrossisce di alludere ad altre simpatie omosessuali e di offrirsi come *marito* ad una compagna che tratta col *lei* e da cui non ha ricevuto alcun segno d'amore. Ma, ad onta di tanto cinismo, non si può negare alla lettera una certa spontaneità d'inspirazione che rivela, se non un amore passionale, una sensualità sincera. Ecco l'autografo.

Firenze, 22 settembre 1901

Mia Simpatica O.....!

« Sono tre giorni che non l'ho vista e mi sembrano tre anni; giorno e notte penso a lei continuamente. La sua cara immagine è sempre fissa nel mio pensiero e suggellata nel mio cuore, al suo ricordo mi sento fremere, ogni viscere palpita d'amore per lei, per la P..... e per l'Ernestina e per le altre poi non le so dire. Sono triste, molto triste di essere lontana da lei, il suo sorriso è un incanto per me, la sua voce una melodia, tutta la sua persona un fascino che mi fa stare in estasi. (Quanto ride è birboncella!), Rida, rida pure, è il momento buono, e quando ride è più bella ancora. Se potessi prendere moglie le farei una dichiarazione e dovrebbe subito soggiacere, e tutto l'amore che ha per . . . . . nel suo cuore la costringerei a darlo tutto a me, e le giuro che saprei custodirlo così gelosamente, che nessuna chiave varrebbe ad aprirne il segreto.

« Vorrei che i baci che si sprigionano dalle sue labbruzze di corallo fossero tutti per me. E guai, guai a chi osasse rubarmene uno, uno solo, guai! — Beato quel S.....!!! Come l'invidio! Vorrei potere esprimere con parole tutto quello che provo per lei, mio tesoro, mio bene,

anima mia; ma se il mio cuore è ricco d'affetto, è povero di parole e in certi momenti non sa esprimere tutto quello che vorrebbe. Se l'avessi con me qui vicina mentre scrivo, me la vorrei stringere forte forte fra le braccia e scoccarle nel collo, nella bocca tutti quei baci che saprei darle. L'amo, l'amo, l'amo..... Mi vuole per *marito*?..... Sarei capace anche . . . . .

« Spero che vorrà corrispondere al mio amore e vorrà scrivermi una parola di conforto per ridonare la pace che il mio povero cuore ha perso per lei. Da che l'ho conosciuta, *io non sono più io, ma cambiato*. Mi scriverà? Vorrà farmi contenta? Sono nella disperazione, e se mi nega l'amore che le chiedo ginocchioni, le giuro che l'acqua dell'Arno mi aspetta per coprirmi. Intende a che punto sono?.....

« La prego a voler sentire se per me sono venute lettere e mandarmele..... Spero ricevere un suo scritto e una conferma. Saluti alle compagne. La bacio di cuore — il più innamorato e fedele degli amanti..... »

Emma.

Omosessualità femminile associata a delinquenza (caso clinico di CANTARANO). — Nel 1883 il dott. CANTARANO pubblicò il caso d'una giovane ventenne, fantastica, eccitabile, vagabonda, che a 12 anni fu internata in una casa di correzione e divenne omosessuale. Scappata a casa, la incendiò per vendicarsi, accusò dell'incendio un suo fratello, poi cercò rifugio presso una zia travestendosi da uomo. Così travestita si recò in un postribolo dove si trovava una sua compagna con cui amoreggiava alla casa di correzione per riannodare la sua amicizia e suggellarla mediante nuovi atti sessuali, ma fu respinta. Arrestata si verificò ch'era vergine. Si travestì e venne arrestata altre volte, finchè la mandarono al manicomio. Anche al manicomio di Napoli strinse amicizie ardenti e sensuali, almeno nell'intenzione, con infermiere e malate. Questa donna, d'aspetto normale, con mammelle sviluppate e scevra di anomalie somatiche, era decisamente androfoba e deplorava amaramente di non essere nata uomo.

L'uranismo maschile è assai più noto dell'omosessualità femminile. I pervertimenti genetici dell'uomo hanno un indice sicuro ed obiettivo nell'*impotenza*, che rende umiliante e spesso disperata la posizione dell'invertito; mentre il pervertimento sessuale della donna rimane nei recessi dell'anima senza palesarsi pienamente neanche a chi lo prova e senza impedire materialmente il contatto normale e fecondo con l'uomo. I quattro evangelisti dell'inversione sessuale, ULRICHS, KRAFFT-EBING, SCHRENCK-NOTZING e RAFFALOVICH, parlano quasi esclusivamente dell'uomo. Fra tante biografie, auto-biografie e confessioni romanzate di uranisti celebri, che forse posarono davanti allo storiografo o davanti al pubblico con gesto bugiardamente passionale o falsamente pudico, non sarà fuori di posto la storia veridica d'un uomo che racconta la sua vita senza vanità e senza reticenze col proposito di emendarsi, non già di pavoneggiarsi, di scusarsi o di commuovere. D'altra parte vi è nella confessione di questo uranista l'abbondanza di particolari subiettivi e la chiarezza di linguaggio che è lecito pretendere da un laureato in lettere

maggior consistenza, perché dopo desideravo anche vedere i genitali di altri uomini maturi, se per caso, andando al passeggio per il mio paese, li vedeva nell'atto di orinare.

« Mio padre fu troppo amante dei suoi figli e quindi non poté aver voluto recarmi danno così grave col suo poco riguardo al pudore del suo figlio adolescente, ma benché involontariamente fu proprio lui che accese in me l'impura fiamma. Questa è anche la causa per cui ebbi sempre in seguito una specie di avversione verso mio padre. Dio gli perdoni l'orrendo male che mi fece. In questa autobiografia desidero sopratutto essere veritiero, perciò contro la censura verso mio padre sta una gravissima obbiezione ed è che anche i miei tre fratelli vedevano innanzi a sé mio padre orinante, e ciò non ostante essi non sono punto invertiti sessuali, stando all'apparenza. Difatti sono ammogliati ed hanno figli. Il che vuol dire che in me vi era una latente disposizione a contrarre la miseranda malattia.

« A cominciare dagli 8 anni frequentai le scuole comunali del mio paese e fino agli anni 12, in cui interruppi gli studi elementari, non mi affezionai mai ad alcuno dei miei compagni di scuola e neppure mi sentii sessualmente trasportato verso qualcuno di loro. Fino al 12.° anno d'età l'unico desiderio sessuale era vedere i genitali di uomini che oltrepassassero almeno i 20 anni. Faccio rilevare tale circostanza, perché si avvera in me il detto che *tempora mutantur et nos mutamur cum illis*. Infatti, dai 12 anni in poi i miei gusti sessuali s'aggirarono e s'aggirano tuttora solamente attorno giovani. Dapprima mi piacevano quelli affatto imberbi dai 12 ai 15 anni, ora poi mi diletto esclusivamente di giovanetti dai 17 ai 20 anni, che abbiano la virilità bene sviluppata e che siano bensì senza barba, ma che abbiano il pube coperto di peli.

« In famiglia dormiva con un mio fratello più vecchio di me di 5 anni. Benché a contatto con lui, per molto tempo non mi sentii portato per lui. Ma una notte d'estate lo vidi scoperto e potei contemplare i suoi genitali a mio agio. Fu per me una vera disgrazia, poiché in seguito sempre lo palpai oscenamente. Tali furono i miei piaceri venerei fino ai 12 anni.

« Qui interrompo un momento il racconto dei miei dolori per esporre il mio parere sull'origine della mia inversione. Io sono maschio in tutta l'estensione del termine, perché nell'atto sessuale desidero la parte del maschio. Vorrei che il giovanetto che mi concede i suoi favori avesse davanti la vagina per unirmi a lui come con una donna. La mia anomalia consiste solamente in ciò che desidero sfogare la mia passione su maschi e non su femmine. E ciò avviene perché al mio spirito, dai più teneri anni fino al momento in cui scrivo, non si presentò altro oggetto venereo che le parti genitali maschili. Al mio spirito non diedi in pascolo altro oggetto che il maschio. Posso dire con tutta verità che le parti pudende femminili non le conosco. Quindi è troppo naturale che la mia sessualità si sia sviluppata sull'unico terreno conosciuto dal mio spirito. Nella mia ignoranza di psicopatie sessuali non trovo ragione più persuasiva della mia anomalia. Se a 12 anni io avessi praticato fanciulle ed una lunga dimestichezza con loro m'avesse dato occasione di vedere qualche volta le loro parti genitali, come contemplai disgraziatamente quelle di maschi, si sarebbe accesa anche in me la fiamma normale per le donne. Tal fatto io lo dovrò rimpiangere per tutta la vita.

« I miei genitori, vedendomi fanciullo delicatissimo, non vollero che interrompessi gli studi per attendere ai lavori dei campi, ma mi mandarono a compiere gli studi ginnasiali nel capoluogo, dove fui collocato al

convitto vescovile. La morigeratezza e l'atmosfera religiosa che regnava in quell'istituto fecero scomparire in me ogni moto, ogni tendenza verso le funzioni sessuali. In quel convitto vissi due anni e sono forse i migliori di tutta la mia vita. Quel convitto era retto da degnissimi sacerdoti, i quali m'infervorarono in modo straordinario delle cose di religione. Ma la religione non potè comprimere in me la forza della natura e la mia passione pigliò un'altra forma. Fra gli altri convittori vi era un bellissimo giovanetto dai capelli biondi. Presentemente quel giovanetto è Deputato alla Camera italiana. Orbene, per questo giovane contrassi un'affezione sensuale. Posso giurare che non ebbi mai verso di lui il menomo desiderio cattivo, ma volevo sempre stare con lui e mi dilettavo a scrivergli lettere segrete. Egli però non mi rispose mai e l'unica soddisfazione che mi accordò era di trattenersi a colloquio con me. Come dissi sopra, passai nel convitto vescovile del capoluogo due anni, e dopo compii i miei studi ginnasiali e liceali in tre altri convitti, dove contrassi parecchie affezioni sentimentali sempre scevre di disordini libidinosi. Però finito l'anno scolastico, io mi recavo in famiglia a passare le vacanze. Nel corso di esse dormivo nuovamente col mio fratello e quindi nuovamente *toccamenti illeciti!*

« Compiuto il 20.° anno di età mi toccò prestare il servizio militare. Fui ascritto ad un reggimento di cavalleria che aveva stanza nel Sud. Potrei dire senza la menoma esagerazione che fino a quel tempo non avevo conosciuto la vita del mondo, perchè fino allora io era sempre vissuto in convitti, che non avevano il menomo contatto colla vita esterna. Sotto le armi il mondo mi fu svelato, ma nel suo aspetto il più ributtante. Appresi per la prima volta che vi erano case dove donne degradate fanno commercio del loro corpo. Sentivo poi soldati sboccati i quali narravano le loro imprese di Venere con un linguaggio degno di loro. Ciò influì a farmi considerare il coito colla donna come una cosa nauseante. Io sempre m'allontanavo dalla donna. Se mi si fosse presentato l'amore della donna sotto il suo aspetto poetico, forse questa sarebbe stata la volta che il mio istinto sessuale avrebbe potuto trovare il suo corso normale. Invece, al sentire dai miei camerati tanti sudici racconti, e nel vedere molto spesso schifose malattie contratte con donne pubbliche, provai un vero moto repulsivo ed il mio male s'inciprignì. M'innamorai d'un soldato napoletano, col quale potei giacere insieme per tre notti, mentre la mia batteria stava al campo. Il mio divertimento fu toccare il mio camerata mentre esso dormiva.

« La vita militare mi fornì ancora un'altra occasione per sfogare la mia passione. Per essere congedato il mio reggimento mi mandò al Distretto Militare di . . . . . dove incontrai un soldato di fanteria che doveva parimenti essere congedato. Compiuta la formalità del congedamento, questo soldato ed io fummo inviati al capoluogo d'origine dove dormimmo in un albergo e nella stessa camera e nello stesso letto. Quello che successe tra noi due non dovrei dirlo. Dirò solo che per quasi tutta la notte abbiamo esperimentato Venere sotto tutti gli aspetti, non escluso il pederastico, benchè non vi siamo riusciti. Fu una vera notte di S. Valpurga, come quella descritta nel *Faust* di Goethe. La mia mente conosce benissimo che quella notte fu un'infamia, eppure il mio senso depravato la ricorda ancora con una specie di voluttà. Allora avevo 23 anni. Cosa incredibile, fu la prima volta che ebbi la polluzione, ossia che mi masturbai. Il non mai aver sofferto la menoma perdita seminale fino a quell'epoca conferì potentemente al regolare sviluppo del mio corpo ed a darmi quella robustezza, di cui godo tuttora, non ostante i disordini sessuali

che dirò subito. Poichè la notte predetta fu quella che mi aprì il varco ad ogni sfrenatezza. La mia vita dai 23 anni ai 40 fu un continuo intrecciarsi di fantasie maschili e di polluzioni o volontarie nella veglia o involontarie durante il sonno.

» Ritornato in seno alla mia famiglia, pensai di continuare i miei studi e m'inscrissi alla Facoltà di Lettere e Filosofia dell'Università di Napoli, dove rimasi 4 anni. Ero nel secondo anno, quando fui invitato ad assumere in casa della contessa L. l'istruzione di un suo figlio di 12 anni. Era un bellissimo adolescente di forme veramente femminili. Io pigliai subito confidenza con lui, ed egli subito mi manifestò i moti sensuali che sentiva. Un giorno, mentre eravamo nel giardino, mi si accosta e mi dice in tutta confidenza:

— « Senta, signor N. N., io vorrei dirle in segreto una cosa.

— « Di pure, caro mio.

— « Io ho desiderio di partorire.

— « Ma sai che vuol dire partorire?

— « Sì, lo so, perchè ho letto la spiegazione nel vocabolario.

— « Ma sono solamente le donne che possono partorire.

— « Ma lei m'indichi un mezzo per avere anch'io il feto nel corpo.

» Lo si crederebbe? Dopo altre domande e risposte venni a conoscere che questo giovane aveva desideri pederastici con me, mediante i quali egli sperava divenir gravido come una donna. Mi raccontò inoltre che due anni prima egli si divertiva pederasticamente col figlio della sua cuoca. Io naturalmente lo dissuasi da idee così strane, e siccome io pure ero invaghito di lui, ci divertimmo spesse volte insieme toccandoci vicendevolmente il pene. Non devo omettere che la relazione con questo giovane fu molto disgraziata, perchè esso finì col raccontare ogni cosa alla madre, il che valse il mio licenziamento da quella nobile casa.

» Nei due anni seguenti dell'Università non successero altri fatti riguardanti la mia passione, la quale io sfrenatamente sfogavo da solo tutte le notti. Ciò mi cagionò una tale debolezza da giungere al punto di non digerire più nulla e la mia ordinaria e pessima digestione uso sì ch'io non poteva pigliare il più breve sonno senza che succedesse la polluzione. Il mio aspetto divenne cadaverico ed ormai mi credetti sull'orlo della tomba.

» Ottenuta la laurea in Lettere, mi si aprivano due vie per la mia carriera: o servire il governo, o insegnare in istituti privati. Scelsi quest'ultimo partito, per non espormi al pericolo d'essere destinato in città lontane dal mio paese; ed insegnai in un collegio religioso di . . . . . per ben 5 anni, nell'ultimo dei quali mi fu affidata la 2.ª classe ginnasiale. Avevo in classe 13 alunni, fra i quali un certo Giovannino, figlio di un panattiere. Questo ragazzo non aveva che 14 anni ed era d'indole vivacissima. Io ne fui subito colpito. Fui imprudente, e non curando di trar ammaestramento dal doloroso passato, chiusi gli occhi innanzi all'immane baratro che mi si spalancava sotto i piedi. Cominciai a chiamare al tavolo quel povero giovane ed a carezzarlo in modo sconvenevole.

» Così la passione cominciava ad accendersi, ed accesala, la fomentai talmente che più non fu in mio potere di spegnerla. Quanto abbia io sofferto in quei giorni Dio solo lo può sapere ed immaginare. Si era alla fine dell'anno scolastico e precisamente ai primi di luglio. Un giorno, dietro mio incarico, il ragazzo mi portò in camera parecchi libri. Disgraziato momento! Lo feci sedere sul sofà e lo toccai impunemente. Tale lacrimevole momento fu ripetuto da me altre due volte. Quel giovanetto

ne fu orrendamente impressionato, raccontò l'accaduto ad un compagno, il quale, per una sua imprudenza, fu causa che lo sapesse anche un altro alunno della mia classe, il quale era invidiosissimo dei segni di benevolenza particolare ch'io prodigavo al primo. Quell'alunno invidioso si servì subito dell'arma ch'io stesso gli fornii: andò a riferire ogni cosa al direttore ed io fui costretto, al prossimo chiudersi dell'anno scolastico, a dare le dimissioni.

« Fra le tante sventure che hanno martirizzato la mia esistenza, questa è senza dubbio la più grave: anzi dirò che fu tanto grave, che da quel momento in poi, pace del cuore, calma di spirito, esularono dal mio tetto e non vi ritornarono mai più. Per me felicità divenne un vocabolo privo di senso. Esiste ancora nel vocabolario, ma non può più avere oggetto che le corrisponda. In questa circostanza ebbi occasione di constatare quanto di fiele s'annidi nel cuore degli uomini. Io ero già abbastanza punito della mia colpa scoperta. Ma di questo altri non s'appagò. Si manifestò a tutti i miei colleghi ed amici il mio traviamento, si creò uno scandalo artificiale ed io fui costretto a lasciare la città che mi era sempre stata il più caro soggiorno.

« Pieno il cuore d'immensa tristezza abbandonai il Sud ed andai ad insegnare in Ginnasi pareggiati lontanissimi. Inoltre erano Ginnasi retti da corporazioni religiose, situati in piccolissime città, quindi non ebbi mai occasione di appagare le mie tendenze. E queste, anzichè venir represse dalla lunga astinenza, s'ingagliardivano. Questa vita di forzata astinenza, compensata unicamente da un onanismo sfrenato, durò altri 4 anni. Ma ormai non ne potevo più. Perciò ruppi ogni laccio: abbandonai la carriera dell'insegnamento e mi stabilii in Firenze per godere di una vita affatto indipendente. In questo modo potei abbandonarmi alla mia passione la quale mi condusse ad eccessi e pericoli gravi.

« Sono già 5 anni che io abito in questa Atene italiana. E dovrò narrare i miei disordini? L'esporli non sarà forse un delitto? Ma siccome io scrivo non già per pascere una curiosità morbosa, ma per fornire all'uomo e scienziato pietoso, che ha il nobile incarico di redimermi, tutti i dati perchè egli conosca l'origine e lo sviluppo del mio male, e così meglio lo possa guarire, così io, per fargli raggiungere questo santo fine, esporrò tutte le mie miserie, procurando almeno di dire castamente quello che è eminentemente laido.

« Prima di recarmi in Firenze passai le vacanze estive, cioè i mesi di agosto e settembre, in..... Quivi trovai un garbatissimo giovane di 18 anni, scrivano nella Cancelleria del Tribunale. Il fare spigliato e lo spirito fiero di questo giovane m'attrasse subito a sè: ne fui invaghito. Volevo assolutamente goderlo, ma siccome egli aveva tendenze normali ed amoreggiava con una giovane, così non volli compromettermi e mi contentai di sottostare al supplizio di Tantalo vedendo ogni giorno quel soavissimo frutto, senza gustarlo mai. Ma venni via da quel paese colla disperazione in cuore.

« Stabilitomi in Firenze, mi provvidi di una bicicletta e percorsi all'impazzata tutti i dintorni di Firenze. Si sa che in Firenze vi è una passione grande pel velocipede, specialmente nei giovanetti. Quando questi sono di bassa condizione e non possono procurarsi lo spasso di questo agile veicolo, ricorrono alla cortesia di chi l'ha. Giovandomi di questa felice condizione, imprestai a parecchi giovani la mia bicicletta ed essi in ricompensa permettevano ch'io mi trastullassi con loro. Così feci parecchie conquiste. Fra gli altri conobbi un giovane, Luciano S....., troppo dissoluto per la sua tenera età di 17 anni. Egli aveva ogni malizia. Venne a

trovarmi, si coricò nel mio letto, passammo la notte insieme, godendo di tutti i piaceri, non escluso il pederastico, benchè molto incompletamente. A farla breve: in Firenze ho fatto 32 conoscenze di giovani dai 17 ai 18 anni. Confesso di essere alquanto meravigliato di sì profonda degradazione. Imperocchè si ha sempre un tantino di compatimento anche innanzi ad atti di *aversae Veneris*, quando vi concorra la circostanza di una prepotente passione: al contrario ho dovuto toccare con mano che tutti i miei complici, eccettuati due, si prestarono al piacere della mia passione unicamente per denaro. Sono veri puttanelli discesi al grado delle pubbliche prostitute. Io stesso che li ho goduti ho per loro un profondo disprezzo. Come giovani normali hanno dovuto superare un buon grado di ripugnanza per contentare le mie voglie. Quindi posso conchiudere che il mio amore non fu quasi mai corrisposto.

« Come si vede, la mia vita è stata ed è presentemente un intreccio ed un succedersi continuo d'indicibili dolori. Non nego d'aver goduto piacevolissimi voluttuosi, ma se si tirano le somme, le sofferenze superano di gran lunga i godimenti. La mia vita fu disgraziata e doveva essere così. Ricordo benissimo che nel mio 13.° anno d'età si era svegliata in me una salutare tendenza per la donna giovane. Era un amore platonico, ma era vero amore. Era per me una vera gioia il ballare con ragazze. Il loro abbraccio mi esaltava. Ma dopo il 13.° anno fui mandato agli studi in un convitto religioso, dove mi fu proposto come modello da imitare la Madonna Vergine, S. Luigi, S. Stanislao Kostka, dove si diceva ogni giorno « beato colui che non sente gli stimoli della *carne* e si mantiene puro ». Tale ambiente fu per me una peste esiziale. Nella mia supina ignoranza di cose sessuali m'immaginavo che la donna si fecondasse stando nel letto accanto al marito per puro calore naturale senza la menoma unione. Ebbi idea dell'unione sessuale all'età di 17 anni vedendo due cani uniti sulla pubblica piazza del mio paese, mentre io ero in vacanza. Ma siccome io in quel tempo ero già invaso dalle idee di castità e verginità inspiratemi dai sacerdoti, e soprattutto da idee omosessuali, così quell'atto, anzichè istruirmi alla vita normale, m'inspirò orrore e maggiormente mi respinse dalla donna.

« Quale fu il risultato della mia falsa educazione? Diametralmente opposto a quello prefisso. La passione erotica, che si voleva reprimere, esplose in modo violento ed in modo anormale; il mio carattere s'indebolì ed io sono incapace di forti propositi. Non ho mai avuto la tentazione d'uccidermi. Ci vuole una forza d'animo molto maggiore della mia, perchè io possa *mortem mihi consciscere*, ma molte volte mi sono già augurato che Dio ponga fine ai miei giorni. Tal favore egli non mi concede, perchè crede senza dubbio ch'io non sia ancora sufficientemente punito. Ma mi conforto pensando che tutti i pari miei possono guarire se hanno vera volontà di guarire. Sempre mi ricordo la bella scena espressa nel 4.° canto dell'« Eneide » di Virgilio. La sorella Anna, esortando Didone a contrarre nozze le dice: « solane perpetua maerens carpere iuventa, nec dulcis natos, Veneris nec praemia noris? ». Il medesimo rimprovero muovo a me e spero di giungere a quella meta, a cui sospiro coi voti più ardenti dell'anima mia.

« A quanto ho detto sopra devo ancora aggiungere alcune parole sul modo con cui sfogo i miei desideri libidinosi. A me piace far la parte maschile e di notte, masturbandomi, sempre m'immagino d'aver sotto di me una donna. Quando ho poi sotto di me un bel giovanetto mi produco l'eiaculazione conficcandò fra le coscie di lui, solidamente strette, il mio pene. Sempre gli dico, durante quest'atto, essere mio vivo rincrescimento

ch'egli non abbia una vagina al par delle donne, per potergliela introdurre con mia somma voluttà. Molto spesso però giungo anche all'emissione dello sperma confricando il mio pene con quello del mio compagno. L'atto pederastico non mi dispiace, ma non ne sono addirittura ghiotto. Il passivo invece mi ripugna e non lo concessi mai a quanti me lo hanno chiesto.

« Molti degli scrittori moderni dànno la taccia di menzognere alle autobiografie omosessuali, specialmente a quelle raccolte da Krafft-Ebing. Quanto alla mia posso assicurare che è perfettamente conforme alla verità. Nel rivelare tante mie obbrobriose azioni non fui mosso dal desiderio di ciarlare, anzi ho dovuto fare un grande sacrifizio di amor proprio.

« Il 13 agosto del corrente anno alle 10 pom. ero a sentire il concerto in piazza Vittorio Emanuele. Mi si accostò un giovane che per un anno stette in una bottega di scultore, la quale era sita al piano terreno della casa ove io alloggio. Parecchie volte, durante quell'anno, ebbi occasione di parlare col predetto giovane, il quale mi era assai geniale, ma tutto finì lì. Non vi fu la menoma dimestichezza. Avendo poi io cambiato alloggio, non rividi più il predetto giovane che la sera detta sopra. Lo salutai e lo condussi al caffè, dove ci trattenemmo qualche poco. Egli mi accompagnò fino a casa e non vi fu tra noi due il menomo tratto cattivo. Io però m'accorsi subito che questo giovane (aveva 17 anni ed è nativo di.....) voleva divertirsi con me, ma ciò non ostante non lasciai intravedere d'aver capito le sue intenzioni. Ci rivedemmo due giorni dopo e passammo la serata al caffè sito sul piazzale Michelangelo. Si discorse di un'infinità di cose; egli mi espresse il desiderio d'apprendere la lingua francese ed io mi dissi disposto ad insegnargliela. Mi accompagnò nuovamente a casa e si convenne che la domenica seguente egli sarebbe venuto a trovarmi alle ore 4 pom. per incominciare il nostro insegnamento. Venne, ci sedemmo accanto, si bevve un fiasco di vino e della lingua francese si parlò poco o nulla. Egli mi rivolse le ginocchia nel sedersi affinchè io avessi agio di palparlo nelle parti pudende: il che io feci colla massima voluttà. Così si ruppe il primo ostacolo del pudore e convenimmo di metterci a letto, dove compiemmo scambievolmente il coito introducendo il pene l'uno nelle coscie dell'altro e leggendo storie oscene di omosessuali. Questa fu l'ultima gioia venerea, ch'io ebbi con questo simpatico giovane, il quale non venne più a trovarmi in casa. Avendolo incontrato parecchie volte in Firenze e domandatogli il perchè della sua prolungata assenza, prima mi addusse scuse apparenti e poscia mi dichiarò apertamente ch'egli sente unicamente amore per le donne e che s'indusse a fare atti sessuali con me unicamente perchè, trovandosi in bisogno, sperava ch'io largamente lo soccorressi. Nello stesso tempo mi dichiarò ch'egli ben volentieri continuerà ad essermi amico di un'amicizia pura, ma che non si presterà mai più a concedermi i favori del suo corpo.

« Mentre non mi destanо alcuna cupidigia i 32 giovani con cui ho avuto contatti venerei, anche se li incontro in istrada, di questo mi sono innamorato perdutamente. La sua immagine mi ha invaso talmente che io non posso più cacciarla dalla mia mente. È una vera ossessione. Ieri questo giovane mi versò un biglietto, ed io, nel pigliarlo in mano, ebbi una potente erezione. Da ciò si giudichi la violenza della mia passione. Questo giovane per me è un Dio: la cosa più bella che sia in Firenze. Vorrei essere in tutto simile a lui e trasfondermi in lui. E siccome egli non sente che l'amore normale, ciò eccitò in me prima la rabbia, dirò

di più, un vero furore per non poter godere quei piaceri ch'egli gode con tanta voluttà, e poi fece nascere in me la smania di mettermi anch'io sulla via sessuale regolare a qualunque costo. Però, l'aver preso questa santa risoluzione, mentre il mio cuore è pieno di questo giovane, costituisce un serio ostacolo, perchè la mia mente, invece di agglutinarsi alla rappresentazione del coito femminile, involontariamente si porta sulle parti vergognose di questo giovane e ricorda l'ineffabile voluttà ch'esse mi hanno procurato ».

Consigliai a questo uranista ostinato di trar partito della sua non comune eccitabilità e infaticabilità nell'esercizio delle funzioni sessuali per cambiarne la direzione dopo un periodo di forzato riposo. Egli doveva accostumarsi alla familiarità con donne facili, non troppo rozze e di carattere bonario. Se l'attimo fuggente dell'amor normale avesse mancato d'incanto, la consegna era di pazientare, tesoreggiando i nuovi ricordi erotici finchè acquistassero nella memoria il fascino dei ricordi uranici. Stralcio dal carteggio di N. N. alcune frasi che rivelano l'esito di questi tentativi.

9 ottobre 1901. — Dopo alcuni insuccessi e successi parziali, N. N. riporta in questo giorno una « strepitosa vittoria ». Ma per quanto imbaldanzito, mi scrive: « Ho provato voluttà? Disgraziatamente no. E questo mi accora orrendamente. L'atto normale non mi ha cagionato ripugnanza, come pretendono Krafft-Ebing, Moll e Schrenck-Notzing, ma neppure piacere. Fu come se avessi introdotta l'asta in un buco della materassa ».

12 ottobre 1901. — Notizia d'un insuccesso (l'infermo ha adottato una tattica troppo precipitosa e senza i necessari intervalli). « Se mi guarirà, come spero, Ella avrà reso un insigne beneficio a me ed alla società di cui sono un membro inutile e cancrenoso. Desidererei che la S. V. mi desse dei disegni anatomici piuttosto in grande delle parti genitali della donna, perchè *ignoro molte cose* » (1).

26 ottobre 1901. — Dopo una cura bromica N. N. si compiace di resistere alle tentazioni omosessuali e s'illude d'essere arrivato allo stato d'imparzialità tra i due sessi. « Dunque il terreno è affatto sgombro per immettere l'amore normale: ci vorrebbe l'ipnotismo ».

7 novembre 1901. — Un passo indietro: per vincere la battaglia e garantirsi l'erezione, N. N. ricorre ad un allievo maschile, che fa atto di presenza nel talamo e si offre, terzo ma non incomodo, come un talismano vivente contro l'impotenza. « Se non vi fosse stato costui, sono persuaso che avrei dovuto contare un insuccesso di più ».

16 novembre 1901. — « In una sola notte compii il coito (normale) 4 volte. Ma l'erezione fu meccanica. La donna non esercita sul mio senso venereo la minima impressione. Il suo contatto corporale è di marmo. La mia immaginazione non sa trovare un mezzo che mi desti il necessario orgasmo verso la donna ».

24 novembre 1901. — « Provai durante la copula un ineffabile piacere; ma l'erezione, se non fu meccanica, ebbe luogo per uno sforzo della mia volontà ».

28 novembre 1901. — « Mi trovo in questa strana condizione. Avendo gustato per sette volte il coito normale, provai in esso una sensazione voluttuosa immensamente maggiore di quella provata a contatto di giovani maschi. Ma questo piacere fu circoscritto al senso del tatto. Il mio spirito non sentì la minima eccitazione. L'orgasmo venereo proveniva da immagini estranee alla donna: quindi la mia fu un'*ibrida operazione*. Tutto l'opposto mi succede per rapporto al sesso maschile. La sola vista di giovanetti imberbi dai 17 ai 20 anni mi cagiona violento e noioso ere-

di seduzione, è inutile reprimerla severamente. Ma sarebbe altrettanto inutile e ridicolo riconoscerla come un'abitudine legale e legalizzabile a tenore di quanto propone Ulrichs.

Feticismo.

Col nome di feticisti Binet designa felicemente quegli individui che nelle loro infatuazioni amorose, in luogo d'ispirarsi ad un criterio estetico d'insieme o ad un grossolano eclettismo, non riconoscono altra attrattiva che quella d'una impressione analitica o stereotipata, ma sempre d'ordine estetico. Il loro ideale erotico è spostato non già sul proprio sesso, come negli invertiti, ma dal tutto ad una singola parte, che è sempre la stessa; è dunque un processo mentale di *sineddoche*. Veramente questo lavoro di sineddoche non è una singolarità dell'erotismo morboso; esso costituisce la forma ordinaria del nostro pensiero qualunque sia l'argomento a cui si rivolga. Il pensiero è sempre eminentemente simbolico e invece di rimestare le cose percepite com'esse sono, cioè integralmente (e lo potrebbe con lieve sforzo), preferisce per brevità d'assumerne un simbolo, un elemento staccato, un connotato qualunque che basta a richiamarle e a coordinarle; oppure sostituisce all'immagine parziale dell'oggetto qualche cosa di estraneo che gli corrisponde, una specie di contrassegno, per esempio un'immagine verbale, il suo nome (v. cap. V). Anche in amore si contano all'infinito i simbolisti, i particolaristi, i feticisti che restringono il loro ideale a pochi elementi isolati della bellezza umana; e di quei pochi elementi si compiacciono; e di essi vanno in traccia per appagare pienamente l'istinto della generazione. Questo godimento estetico è la condizione necessaria, specialmente nel sesso maschile, per l'attuazione del contatto materiale. Ora un grado moderato di feticismo erotico è perfettamente fisiologico, e la psichiatria non ne contesta il diritto alle persone normali. Vi sono armonie antropologiche di cui non sappiamo renderci una ragione esatta, ma che si intuiscono e che giustificano il nostro simbolismo. Come dall'aspetto fisico indoviniamo o c'illudiamo d'indovinare il carattere morale e leggiamo mille virtù in un bel viso di donna, così nell'eccellenza d'alcuni requisiti corporali possiamo intravedere la perfezione estetica e morale dell'insieme. Malgrado le diversità individuali dei gusti che fanno cambiare il punto di partenza, tutti gli uomini cominciano ad innamorarsi d'un connotato preferito e da questa idealizzazione parziale arrivano gradualmente a quell'ammirazione completa ed incondizionata da cui nasce l'attrattiva amorosa.

Ma vi è un feticismo *parafisiologico* che non è compatibile con la normalità e che consiste nell'idolatria cieca, esclusiva, intransigente per una

parte del corpo unica, poco essenziale e priva di rapporto sia con l'atto sessuale, sia col valore complessivo della persona amata sotto l'aspetto estetico. Il feticismo parafisiologico frastorna l'atto solenne della scelta sessuale e getta il feticista intransigente in braccio ad amori inadatti ed infecondi che non hanno più nulla di comune con la generazione. Binet descrive gli idolatri della bocca, delle mani, dei piedi, della nuca, delle trecce, del seno, della voce, che tollerano la bruttezza della faccia, del corpo e dell'intelligenza purchè il loro gusto particolare sia rispettato; e nei loro feticismi non dimostrano una semplice predilezione, ma un'assoluta esclusività. Probabilmente questi simbolisti ad oltranza completano con la fantasia la visione dell'insieme senza curarsi affatto dei contrasti ch'essa trova nella realtà. Non così i simbolisti normali che intorno allo splendore d'uno sguardo soave esigono almeno una certa intonazione di linee e di colori. Il particolarismo dei feticisti giunge invece a tal segno, da rinchiudersi o casualmente o sistematicamente persino nell'orbita dei rapporti omosessuali: così il feticismo si associa qualche volta con l'uranismo e ne raddoppia la mostruosità.

Un passo più in là e dal feticismo parafisiologico si arriva al *feticismo antifisiologico*. L'ideale erotico è spostato dagli estremi confini del corpo umano a certe particolarità extra-territoriali: all'acconciatura, al vestito o ad una parte del vestito, per esempio alle calze. Queste appendici esterne della persona umana sono coefficienti erogeni anche nelle coscienze normali perchè a dire il vero non sono destituite d'ogni significato estetico: in realtà anche gli indumenti hanno un valore indiziario e ci dicono il gusto, la classe sociale, le abitudini, l'età, il sesso, le tendenze di chi ne è adorno. I profumi sono afrodisiaci riconosciuti, ancorchè artificiali. Ma nessuno di questi requisiti incorporei e impersonali, per quanto suggestivo, può assorbire da solo tutto l'interesse erotico, nè suscitare l'orgasmo venereo, nè chiudere gli occhi sulla personalità somatica e psichica che ne va rivestita, se non preesista un'anomalia degenerativa dell'intelligenza o del carattere. I feticisti antifisiologici astraggono completamente dal corpo umano: mangiano il piatto e non si curano della torta. Scholz narra il caso d'un negoziante, uomo ricco e distinto, che a 62 anni fu arrestato ad una stazione ferroviaria: aveva rubato un fazzoletto di seta ad un signore e confessò che se n'era impadronito per masturbarsi. Era figlio e fratello di bevitori e il suo feticismo sessuale s'era innestato sull'uranismo fin dalla remota gioventù. Nelle scuole aveva commesso due volte atti di libidine insieme ai suoi compagni; ammogliato da 37 anni, padre di 4 figli, in ottimi rapporti con la moglie, non aveva mai cessato di coltivare in segreto desideri omosessuali. Cercava d'avvicinare uomini prestanti, robusti e alcoolisti, sfogandosi poi con la masturbazione, ma

per provocare pienamente l'orgasmo venereo, bisognava che avesse tra le mani un oggetto di *toilette* maschile appartenente all'uomo desiderato, per esempio un fazzoletto e meglio ancora un fazzoletto di seta. Il possesso furtivo del fazzoletto aggiungeva a questo amuleto erotico il sapore del *frutto proibito*.

Ogni forma di feticismo intransigente, se non rende del tutto impossibile, compromette gravemente l'esercizio normale delle funzioni genetiche perchè abbandona la scelta sessuale in balia del caso. L'amore dei feticisti, peggio che cieco, è addirittura fuorviato e sbalestrato da un'attrazione incongrua che ha perduto il carattere intersessuale e riduce la donna amata al ruolo d'un automa, d'una comparsa che non parla, d'una statua senza vita. Il feticista, invece di tirare al bersaglio fisiologico, mira allo steccato e finisce col dimenticare che il bersaglio esiste o perde addirittura la capacità di colpirlo. E il timore di questa impotenza mantiene e accresce forza alla propensione viziosa.

Come l'inversione sessuale, il feticismo nasce nella prima adolescenza da un'immagine erotica che si presenta forse per caso e che per diritto di priorità acquista un'egemonia duratura. Tra quell'immagine afrodisiaca e l'orgasmo venereo si stabilisce una *via* obbligata, un'anchilosi mentale, un rapporto di necessità che esclude ogni altro rapporto. Talvolta non è un requisito corporale o una parte dell'abbigliamento, ma l'immagine d'una *posizione plastica* che diventa simbolo dell'erotismo. Anche in questo caso si verifica un processo di *simbolismo erotico* perchè una rappresentazione particolare stereotipata e simbolica riunisce in sè stessa il monopolio dell'eccitabilità sessuale. La rappresentazione afrodisiaca può riferirsi ad un atteggiamento materiale od anche ad una posizione morale che simboleggia i rapporti dei due sessi durante la copula o un singolo aspetto di questi rapporti. Il simbolismo erotico si concentra o sulla posizione della propria persona o su quella del *partner*. Tutte le forme storiche dell'amore si rispecchiano nelle rappresentazioni afrodisiache dei simbolisti: l'aggressione, la seduzione, il soggiogamento sanguinoso nel loro aspetto attivo e nel loro aspetto passivo, dal punto di vista del violentatore e da quello della vittima.

Il *masochismo* è la voluttà della sottomissione agli sfregi, agli sputi, alla fustigazione, che spinge fino ad assumere le funzioni passive d'un orinale vivente. Il *sadismo* è la voluttà della violenza dal punto di vista dell'aggressore con finzione scenica di stupri e carneficina o con attentati reali o con massacri compiuti. La difficoltà di poter soddisfare tendenze di questo genere, che oscillano tra il ridicolo e il criminale, obbliga i malati a comprimerle in modo ch'esse acquistano a lungo andare il carattere d'un impulso irresistibile aggravato dal preconcetto dell'impotenza all'a-

more fisiologico. Il disgusto teorico che sentono i masochisti per le sconcezze, l'orrore morale che provano i sadisti per la violenza non bastano a spogliare le loro rappresentazioni afrodisiache del loro fascino, ma valgono piuttosto a provocare il sentimento del contrasto che alimenta la libido e crea lo stato d'*incoercibilità psichica*. Così il sadismo e il masochismo assumono la veste dell'ossessione; ma in tal caso è ben difficile che si traducano in atti. Celebri rimasero nelle cronache giudiziarie i crimini sadistici di Jack lo sventratore, di Vacher e di Verzeni.

La più ripugnante varietà del sadismo, ma non la più criminale, è la necrofilia, ossia lo sfogo della libidine sui cadaveri. Come le altre forme di sadismo, anche questa si riscontra il più delle volte in individui deformi od idioti od epilettici ad uno stadio infimo di moralità e d'intelligenza. Se poi l'intelligenza è ordinaria o quasi normale, di solito è la deformità fisica la causa che può spingere alla necrofilia perchè la morte e l'incoscienza della vittima dispensano questi diseredati dalla ricerca d'un consentimento insperabile.

CAPITOLO XXIII.

L'immoralità costituzionale

L'immoralità costituzionale è il soggetto d'un capitolo crepuscolare e assai discusso nell'oscura patologia del carattere. Il carattere è l'arca santa del *libero arbitrio*; la fede nel libero arbitrio è l'anima del diritto punitivo com'è oggi costituito; e i tutori dell'ordine sociale non amano di veder negato questo *deus ex machina*, tranne nel caso di flagrante pazzia. Ora, le anomalie in genere del carattere e l'immoralità in ispecie sfuggono spesso anche agli occhi più esperti a meno che una serie di stranezze o di misfatti non sopravvenga a rivelarle: è assai difficile valutare il movente delle azioni umane e provarne la morbosità, se dietro al movente affettivo non vi è un delirio o una deficienza intellettuale. Secondo MENDEL e BINSWANGER, per citare due alienisti contemporanei, la *pazzia morale* non è possibile che nei deboli di mente: imbecilli o paranoici. Eppure, il carattere è una funzione del cervello allo stesso titolo dell'intelligenza; e non si capisce perchè non possa alterarsi parzialmente o svilupparsi mostruosamente per cause materiali, come accade ad esempio nell'immoralità costituzionale.

Non vi è dubbio che quest'anomalia affettiva si accompagna spesso ad aberrazioni e deficienze d'ordine intellettuale; ma essa non merita un'attenzione speciale e un posto a sè tra le degenerazioni mentali se non quando si presenta isolata e sotto forma congenita in individui d'intelligenza valida e completa. Può darsi che un imbecille, un paranoico, un isterico, un alcoolista, un epilettico, un maniaco, un melancolico, un paralitico, un demente senile, un vesanico, o perchè la psicosi è lieve o perchè è appena cominciata, conservino una certa lucidezza e svelino ciononostante un'immoralità spaventosa di sentimenti e di condotta. In questo caso gli errori del carattere, quantunque sproporzionati all'insignificante disordine dell'intelligenza, vengono messi a carico dello squilibrio intellettuale; perchè le malattie dell'intelligenza propriamente dette sono riconosciute da tutti, mentre la questione se l'immoralità del carat-

tere sia per sè stessa un fenomeno patologico o degenerativo è di quelle che, in teoria ed in pratica, presentano le più ardue difficoltà. Non vi è invece un sol moralista, per quanto antiquato, che esiti a concedere le circostanze attenuanti, dando un calcio al vecchio feticcio del libero arbitrio, se vi è l'appiglio d'una psicosi ufficialmente ammessa, o se è appena un po' dubbia la perfetta normalità dell'intelligenza.

Ma esistono anomalie del carattere allo stato puro, cioè senza partecipazione morbosa dell'intelligenza? Il pubblico è assai propenso a largire la taccia di pazzo a chi dice delle balordaggini, ma rifugge dal concederla a chi le commette. Un pregiudizio millenario attribuisce alla volontà umana una sorta di onnipotenza, se non sulla ragione (che ha diritto di smarrirsi per malattia), sul carattere e sulla condotta che avrebbero l'obbligo di conformarsi alle leggi e alla virtù, eccettuato nel caso che sia ammalata la ragione. Si fa eccezione anche in un altro caso, cioè quando la condotta, benchè non sia traviata da autosuggestioni deliranti, fa ai cozzi con lo stesso egoismo dei soggetti. Vi sono *prodighi*, *dissipatori*, *rompicolli* che, senza violare le leggi morali, rischiano la fortuna, la carriera, la vita, e non hanno altro obiettivo che il divertimento, il capriccio, la scommessa, cioè una soddisfazione frivola e momentanea di cui sono i primi ad apprezzare mediocremente l'attrattiva. I tribunali si fanno pregare assai prima di riconoscere il vizio di mente nelle gesta di questi scioperati talvolta brillanti; ma, se qualche volta arrivano fino ad accordare *l'interdizione* (nell'interesse dei parenti), è ben difficile che consentano alla sanatoria dell'irresponsabilità quando la sregolatezza morbosa e si traduce (come avviene non di rado) in delitti previsti dal codice.

Vi è un terzo caso. L'anomalia del carattere non altera menomamente l'intelligenza, nè l'egoismo naturale, nè la linea di condotta, ma assume la figura specifica dell'*immoralità costituzionale* e non sopprime che un sentimento di lusso: l'altruismo. Ebbene, in questo terzo caso non vi è chi ardisca, tranne il patrocinatore legale o il perito medico, parlare d'infermità, nè di degenerazione organica. La società si sgomenta, e non ha torto, all'idea che simili individui possano andar esenti da responsabilità penale. Se la deficienza di sentimenti etici è un titolo sufficiente per l'irresponsabilità, non vi sarà, si può dire, accusato che non abbia in tasca l'assoluzione. I rei a sangue freddo saranno dichiarati irresponsabili per immoralità costituzionale, e i rei d'impeto per uno stato momentaneo d'incoscienza. Qualora dovesse prevalere questo criterio psicologico, bisognerebbe che l'ordinamento della giustizia vi si uniformasse da capo a fondo, adattandosi ad un'orientazione del tutto nuova. Finchè ciò non avvenga, le genti che guardano al di là del caso particolare saranno restie ad ammettere l'irresponsabilità d'un immorale, per quanto possano

riconoscere l'origine organica della sua immoralità; le giurie meno scrupolose si comporteranno in maniera opposta, specialmente se il reato è lieve o se l'accusato è simpatico o se il difensore è eloquente; e i verdetti saranno contradittori fino al travolgimento completo di ogni giustizia e d'ogni sicurezza sociale.

L'immoralità costituzionale è riconosciuta, ma con qualche stento, in una sola delle sue varietà: quando spinge o a grandi crimini o a crimini continui e brutali in aperto e profondo antagonismo coi sentimenti generali. L'opinione pubblica, che non si sgomenta dei reati ordinari e tanto meno di quelle iniquità quotidiane a cui il codice non ha assegnato una pena, inorridisce allo spettacolo dei grandi reati come il parricidio, il cannibalismo, la grassazione a mano armata, l'incesto. Essa considera per normale e responsabile chiunque, pur infliggendo le più spietate offese all'interesse fondamentale degli altri, mostra di rispettare il proprio e riesce o cerca non senza astuzia di sfuggire alla pena; ma fa eccezione per l'esecutore avveduto di crimini assolutamente odiosi e pei recidivi ostinati. Vi è un minimo d'altruismo senza di cui non si può aspirare al titolo di persone normali.

IL CRITERIO ETICO NELLA DIAGNOSI.

Dal ribrezzo sincero ed intenso per l'azione criminosa si sale facilmente al concetto della sua mostruosità. I Greci ne accusavano il fato e la civiltà moderna non dura fatica a ravvisarvi come causa determinante un'anomalia del carattere. Noi sentiamo nell'armonia perenne della nostra normalità o persino nelle intemperanze a cui possiamo abbandonarci eccezionalmente di non aver nulla di comune coi grandi delinquenti. Nessuna circostanza esterna od interna, salvo forse la pazzia, potrebbe mai suggerirci nemmeno l'intenzione d'un crimine sanguinoso, ignobile e ripugnante come quelli che abbiamo menzionato. Non un recesso, per quanto esiguo e remoto, del nostro labirinto affettivo si lascerebbe invadere dalla vertigine d'un reato così contrario alla natura umana. Tutto l'operato del grande criminale ci fa l'impressione d'un enigma psicologico; e la diagnosi di un'anomalia mentale è l'unica soluzione possibile dell'enigma. Non solo il crimine in sè stesso, ma anche la meschinità dei motivi, l'arroganza dell'accusato, la sua impenetrabilità ad ogni commozione altruistica risvegliano nel nostro animo un'impressione di disgustosa meraviglia e ci dispongono a ravvisare nel grande criminale un anomalo che sente e agisce in modo del tutto diverso dagli altri. Mentre il volgo perseguita i grandi criminali del suo odio, l'uomo ragionevole ne approva la segregazione in omaggio alle necessità sociali, ma non nega

loro quel tributo di pietà senza simpatia che si compendia nell'epiteto tanto usitato di miserabile.

Ma per provare questo ribrezzo, preludio obbligato al concetto dell'anomalia, bisogna che il reato sia enorme. Di fronte ai delinquenti ordinari, agl'immorali che non delinquono, ai viziosi, agli scostumati, alle donne poliandriche (con o senza discernimento), di cui Lombroso si mostra tanto scandolezzato, da ragguagliarle ad epilettiche, sentiamo, più forte dell'orrore, il movimento di pietà che suggeriva a Gesù la frase benevola: «Chi è senza peccato scagli la prima pietra». Invece di spiegarci la ragione psicologica del delitto con la formula dell'anomalia, ci riesce ben più facile di ricostruirlo, se vogliamo giudicare senza ipocrisia, prendendo i materiali dal fondo della nostra coscienza, riscontrando le nostre affinità psicologiche col delinquente, rappresentandoci l'influenza d'un ambiente ingiusto, crudele, inesorabile sopra un individuo simile a noi, ma più misero o più imprudente.

Come in fatto di logica si ammette l'errore senza elevarlo al grado d'un fenomeno patologico, così in fatto di etica si può ammettere la colpa (o l'apparenza della colpa) senza attribuirle il significato di un'anomalia. L'uomo medio e normale non è l'uomo perfetto. Come si hanno varie stature fisiche senza cadere nel gigantismo, nell'acromegalia, nell'acondroplasia o nel rachitismo, così si osservano diversità individuali nella statura intellettuale e morale e diversità momentanee di manifestazioni psichiche che arrivano fino alla delinquenza, ma che tuttavia non sono classificabili dall'alienista. Solo le gravissime infrazioni della logica prendono il nome di deliri; e solo le più orrende infrazioni della morale sono riconosciute per mostruosità. La verità e la giustizia sono edifizi in costruzione che la stirpe umana è riuscita a mettere insieme a furia d'errori e di critiche, di inconvenienti e di intimidazioni. Per combattere l'errore intellettuale si ricorre alla discussione o alla derisione; per reprimere le colpe morali (autentiche o no) alla privazione temporanea della libertà od all'ammenda. E la psichiatria non interviene che in presenza al fenomeno patologico e teratologico, cioè quando l'errore è indizio di pazzia, quando l'azione delittuosa è indizio d'anomalia. In questi frangenti la missione dell'alienista non è di confutare l'errore o di punire la colpa, ma di risalire all'individuo, impadronendosi di lui, investigandogli il fondo dell'anima, isolandolo, assoggettandolo ad un regime curativo se è pazzo e finchè è pazzo, ad un regime preservativo se è un delinquente nato. L'individuo così classificato vien messo al bando dal diritto comune e trattenuto contro sua voglia al manicomio o alla prigione o al manicomio giudiziario, non in ragione di ciò che ha commesso di strano o di criminale, ma in ragione di ciò che può commettere ancora, data la sua struttura

psichica, finchè non sia guarito o trasformato. Il codice non conta più e l'individuo è in balìa dei suoi custodi anche se ha scontata la pena che gli era stata inflitta.

Questa specie di legge statuaria, che costringe i pazzi pericolosi al manicomio e gli anomali immorali ad un prolungamento indefinito della segregazione, non si potrebbe applicare senza enorme ingiustizia a tutti coloro che ragionano erroneamente o che si comportano delittuosamente. Bisogna rispettare negli spropositi, nelle impudicità e nelle crudeltà i connotati fisiologici della specie umana e dell'uomo mediocre che ne è il rappresentante: la legge è fatta sotto questa inspirazione. E se qualche volta la legge è abbastanza severa, tanto da precorrere i costumi, vuol dire che il legislatore, con la sua insolita severità, non intendeva fare atto di giustizia, ma di opportunismo sociale. Certe leggi non sono che uno strumento di dominazione a favore d'una casta.

Tuttavia, per usare il dovuto riguardo ai diritti individuali e non far troppo a fidanza con l'infallibilità dei giudici e degli alienisti, è bene che la legge disponga pene fisse per ogni delitto. La legge, col suo schematismo impersonale, è l'unica salvaguardia possibile per sottrarre all'arbitrio dei danneggiati e della società il delitto ordinario; ed una legge anche imperfetta è preferibile all'arbitrio d'un giudice per quanto illuminato. A questo modo il delitto è punito nella misura prevista dalla legge e senza considerazioni aggravanti che possano colpire personalmente il colpevole al di là della sua tassativa responsabilità. L'alienista non c'entra nella questione: il suo parere non è quasi mai domandato ed io trovo giusto di non tenerne gran calcolo. Forse che per gli errori di ragionamento sparsi nelle scienze speciali, nelle religioni e nella filosofia s'interpella come arbitro il medico alienista? Che competenza speciale può vantare l'alienista quando esce dagli stretti confini della sua esperienza clinica? E che ne sa all'infuori di essa più dell'osservatore empirico per dosare le intelligenze, valutare i caratteri e prevedere le azioni degli uomini che vivono fuori dai manicomi?

Secondo Enrico Ferri, bisogna punire il delitto non in sè stesso, ma in relazione con l'individualità che lo compie. Come in medicina si studiano e si curano dei malati, non già delle malattie astratte, così conviene introdurre il metodo naturale anche nella repressione dei delitti; prevenirli con la profilassi sociale, curarne le cause individuali nella persona stessa del delinquente. Questo concetto è bello e fecondo nella sua prima parte, ed ha condotto il caposcuola italiano del positivismo giuridico a geniali applicazioni: non vi è dubbio che il progresso dell'organizzazione sociale rende inutili, impossibili e impensabili molti delitti, talmente da costituire un vero complesso di sostitutivi penali. Quanto alla

seconda parte, cioè all'applicazione individuale della pena, se essa è giustificabile in teoria, non è effettuabile in pratica. È vero che la pena dovrebbe sempre condonarsi se si fosse sicuri che il reo non ripeterà il delitto; è vero che dovrebbe prolungarsi anche al di là del tempo imposto dal codice se non è spenta la tendenza alla recidiva; è vero che il codice dovrebbe tacere o permettere al giudice di commisurare il castigo all'individualità del delinquente, non a disposizioni schematiche e prestabilite. Che si direbbe d'un medico se, fatta la diagnosi, prescrivesse ad ogni malato la stessa ricetta! Ma d'altra parte è vano credere che la psichiatria sia in grado di risolvere volta per volta questi così arduì. Non si può lasciare la sorte di tanta gente alla mercè di professionisti privi d'indipendenza e poveri di nozioni pratiche come sono (non per colpa di persone, ma per forza di cose) i medici alienisti, almeno in tema di delitti. Finchè i delinquenti, al pari dei pazzi, saranno accasermati, non vi è medico, nè custode che potrà conoscerli nei loro sentimenti e apprezzarne la metamorfosi. Un simile progresso si avvererà se questi reclusi verranno riuniti in colonie lavoratrici e messi in grado di svelare in un regime di attività, di giustizia e di relativa libertà le qualità profonde del loro carattere. La miglior soluzione del problema sarebbe la colonia correda sotto la sorveglianza illuminata di funzionari adatti; ma perchè riesca benefica, bisogna che sia organizzata in modo da temperare, non da accrescere le difficoltà della convivenza e della concorrenza che i deportati non hanno saputo superare nell'ambiente aperto dei normali. In luogo di questo noi non abbiamo che il palliativo del domicilio coatto.

La psichiatria studia e conosce le estreme deviazioni patologiche e teratologiche dello spirito umano che si manifestano con segni evidenti, grossolani e ripetuti in una serie d'individui dai tratti semplici e fra loro rassomiglianti; essa riassume questi segni di malattia mentale e d'anomalia in pochi quadri sommari; e riconosce nei quadri che ha compilato il ritratto sintetico dei pazzi e degli anomali autentici che incontra di mano in mano. Ma quanto a sentenziare, fra tante anime oneste, disoneste, irascibili, variabili e contraddittorie che possono rendersi rei d'un medesimo delitto, la precisa categoria psichiatrica a cui appartengono ed anche il genere e la quantità individuale di pena che richieggono per emendarsi, è questa un'audacia superiore alla potenzialità della psichiatria attuale. Non parliamo dei medici legali, che ne sanno ancor meno, ridotti come sono a non vedere la pazzia che di sfuggita, in rare occasioni, durante l'istruttoria dei processi, senz'altro strumento d'esperienza clinica che i libri e le cronache dei giornali.

Per fortuna il diritto penale va perfezionandosi per virtù propria. Negli Stati civili la legislazione è stata assai liberale delegando al giudizio sia

fatti delittuosi non a rigidi magistrati che fanno astrazione dal reo, ma a dodici cittadini estratti a sorte, che rappresentano le correnti vive del sentimento popolare con le sue simpatie ed antipatie di rado irragionevoli, benchè istintive e irragionate. I giurati possono inspirarsi, anzichè alla tradizione giuridica, alla savia indulgenza espressa nella frase: *nihil humani a me alienum puto*.

Una riforma recente e assai commendevole è l'istituto della *condanna condizionale* o legge del perdono. Pronunciata la sentenza, si proroga la sua esecuzione ad un anno o più: la pena sarà condonata al reo non recidivo che si sia comportato onestamente durante il periodo d'attesa. Qui l'azione del giudice non è guidata dal fallace responso d'un oracolo, ma da un criterio categorico di psicologia senza pretese scientifiche, eppure assai solido, cioè dal contegno negativo del reo durante un intervallo prestabilito. Il diritto penale è dunque capace di svilupparsi e progredire senza uscire dai suoi metodi tradizionali. Anche i vecchi codici non sono mai stati alieni da criteri di psicologia pratica. I delitti sono divisi per categorie che, essendo subordinate ai moventi psichici del reo, aggravano od attenuano la pena e talvolta la trasformano radicalmente: si hanno delitti dolosi, colposi e senza qualifiche; furti con effrazione e senza; reati improvvisi, preterintenzionali e premeditati.

Il perfezionamento dell'assetto sociale diminuirà il numero dei delitti e dei delinquenti; e sopra un numero più ristretto di delinquenti si potrà dar opera ad uno studio più continuato della loro psicologia. La grazia sovrana dovrebbe essere codificata e motivata caso per caso: essa può manifestarsi non come un correttivo arbitrario del codice, ma come un saggio anticipato, immanente e metodico dei suoi progressi futuri.

A questi progressi del diritto positivo può portare un efficace contributo anche la psichiatria e unirvi la propria voce, ma senza alzarne il tono. Guai se l'alienista interviene con sicumera ad ogni occasione, vantando, oltre alla psicologia empirica che è patrimonio di tutti gli osservatori, un tecnicismo universale e un'esperienza clinica di cui non possiede che il desiderio. E peggio ancora se la sua diagnosi è formulata a distanza come quella delle sonnambule, o alla semplice vista d'una fotografia, o ispezionando uno scritto, o cogliendo a volo un incidente, o sfruttando un dato antropologico che non dice nulla, o credendo di leggere sopra il cervello d'un morto che non differisce da mille altri (almeno apparentemente) tutta la psicologia del vivo e dei suoi delitti.

L'immoralità costituzionale, per quanto si consideri sotto l'aspetto clinico di un'anomalia, è sempre subordinata ad un giudizio d'ordine etico. Lo stesso Lombroso, se può presumere di diagnosticare la degenerazione mentale dalla presenza di certe stigme antropologiche e l'epilessia dalla

presenza di certi sintomi clinici, deve ricorrere all'etica per isolare ulteriormente tra i degenerati e tra gli epilettici (che secondo lui possono anche essere onesti o geniali o pazzi) il manipolo dei criminali. E così si ritorna al punto da cui siamo partiti, cioè alla *pazzia morale* degli antichi alienisti.

EVOLUZIONE DEL CONCETTO NOSOLOGICO.

Nella psichiatria tradizionale il concetto della *moral insanity* o *folie morale* o *moralisches Irresein* non cominciò a infiltrarsi che cento anni fa, ma commisto alla scoria d'altri disordini mentali. PINEL in Francia, PRICHARD in Inghilterra, videro nell'immoralità più un sintomo che una malattia; e soprattutto erano lontani dal vedervi una malattia essenzialmente costituzionale o un'anomalia. La pazzia morale andò confusa con l'*imbecillità*, con la *monomania*, perfino con la *mania* e con la *melancolia*; cambiò spesso di nome e di connotati; fu perfino radiata dalla psichiatria per risorgere dopo qualche anno; fu messa ai voti in un Congresso d'alienisti italiani e passò a debole maggioranza come l'Ente Supremo alla Convenzione di Francia; scomparve dai resoconti della psichiatria tedesca verso il 1888 e riapparve col nome di Gemüthsentartung, ben presto abbandonato in favore del nome antico. ESQUIROL coniò la denominazione di *folie raisonnante*, tuttora conservata da KRAFFT-EBING, per denotare una varietà attenuata e che direi domestica di pervertimento morale: questa immoralità spicciola, che non si manifesta con crimini, ma con punture di spillo nella cerchia angusta e segreta della famiglia, è un sintomo caratteristico della psicosi presenile e della demenza senile. Un'altra varietà di pervertimento morale, ma sempre allo stato di mescolanza, è quella a cui KAHLBAUM diede il nome di *eboidofrenia*. L'eboidofrenia è una forma di ebefrenia, ma con prevalenza di sintomi affettivi, cioè di violenza, di spavalderia, di cinismo. Spesso la demenza precoce dei giovanetti è preceduta da un lungo periodo d'immoralità che non è riconoscibile nè come un sintomo, nè come un prodromo di vera pazzia, ed anche il medico alienista può trovarsi in grave imbarazzo per distinguere se si tratta d'una psicosi comune in istato d'incubazione, d'un pervertimento transitorio del carattere giovanile o di un'immoralità costituzionale che comincia ad affermarsi in modo autonomo. Sembra che gli *eboidi* siano poco soggetti all'indebolimento progressivo dell'intelligenza; essi non si curano affatto dei dieci comandamenti e in ispecie del settimo, e così l'*eboidofrenia* rientra come una forma tipica nel gruppo delle immoralità costituzionali.

Per dimostrare quanto le idee degli alienisti fossero oscure ed erronee sopra l'argomento della pazzia morale, ricorderò un caso pubblicato da

H. Manning nel 1882. Quest'autore infligge la diagnosi di pazzia morale ad un galantuomo tormentato dall'ossessione dell'assassinio e che appunto per non commettere alcuna violenza usciva di casa senz'armi e senza bastone; ma il disgraziato era immune d'allucinazioni e ciò bastò a Manning per crederlo un pazzo morale. Tuttavia altri alienisti, specialmente inglesi, come C. H. Hughes, Hack Tuke, Savage, ebbero il chiaro intuito dell'immoralità costituzionale e, al contrario di Mendel, di Binswanger, di Hendrie Lloyd, di Workmann, sostennero l'indipendenza di questa anomalia dall'imbecillità e da altre forme di pazzia intellettuale.

Un passo innanzi nella questione, e assai valido, fu compiuto nel 1883. Marro e Lombroso, con ottime e numerose ricerche sugli allievi delle scuole elementari e degli asili, dimostrarono la costanza e la vivacità delle tendenze immorali od amorali durante l'età infantile. Dunque l'*immoralità* o la *pazzia morale* è una disposizione naturale della mente umana, almeno fino a una certa età, e la sua persistenza in età adulta, cioè quando comincia a diventare pericolosa ed infrenabile, non è che un arresto dello sviluppo psichico, un caso (si può dire) d'*infantilismo parziale* nella cerchia del carattere. In seguito Lombroso, interpretando questo speciale arresto dello sviluppo psichico come una forma di *degenerazione mentale*, cercò tra i pazzi morali e tra i delinquenti le stigme antropologiche della decadenza somatica, che dovevano formare la cornice e il documento visibile della degradazione etica. Egli identificò con piena ragione i pazzi morali ai delinquenti nati e separò dai delinquenti nati, come estranei alla psichiatria, tutti i *delinquenti d'impeto* e *d'occasione* come pure i *passionali* e gli *abituali* che sono tratti a delinquere da cause addirittura accidentali (cioè esterne o sociali) od anche costituzionali (cioè interne e morbose), ma non parificabili ad una vera immoralità di carattere. Costoro, non essendo immorali per natura, non presentano segni di degenerazione; ma il loro numero, che a mio parere è assai grande, è estremamente esiguo per Lombroso.

Io credo che l'immoralità del carattere, anche se raggiunge il grado di un'anomalia costituzionale, non vada necessariamente associata ai segni di degenerazione che Lombroso e i suoi seguaci hanno raccolto e classificato con tanta cura. Il valore di questi segni antropologici è piuttosto discutibile; non è ben certo ch'essi siano più frequenti nei criminali anziché in altre categorie di uomini; parecchi criminali, anzi categorie intere di criminali, come i truffatori e le cortigiane (che Lombroso considera per criminali), ne vanno totalmente sprovvisti e le loro fattezze fisiche sono di un'estetica superiore alla comune; infine ben poche di queste stigme sono interpretabili nel senso dell'atavismo. Ciò che vi è di

più atavici nei criminali di razza è il loro carattere; e la degenerazione psichica di questa gente, essendo costante perchè è la condizione necessaria e sufficiente dell'anomalia, ha maggiore importanza della degenerazione somatica.

Ma la degenerazione somatica, se esiste, presenta il vantaggio dell'evidenza; non vi è dialettica di magistrato che possa infirmarne la fatalità, e i medici hanno buon giuoco ad invocarla anche quando non c'è, a documentarla con dati geometrici e numerici, a trincerarsi dietro il mistero della tecnica antropologica. Così, cioè con la lustra d'una degenerazione somatica che spesso non c'è, si riesce a comprovare una degenerazione psichica che talvolta non c'è neppur essa. I giudici, che non accettano lezioni in materia di patologia morale, si arrendono davanti alla nomenclatura anatomica, agli strumenti antropometrici e ai dettami d'una scienza occulta di cui non sospettano la miseria. Alacri e pronti a combattere per il dogma del libero arbitrio contro Enrico Ferri, contro Garofalo e contro gli altri valentuomini che lo distruggono con inoppugnabili argomenti di psicologia introspettiva per riedificare il diritto penale sopra una base ben più logica, ben più moderna e ben più solida, essi sono inermi contro le dichiarazioni del medico che riscontra caso per caso l'orecchio ad ansa, la plagiocefalia, l'esadattilia od altri simili indizi d'inferiorità antropologica, indizi che, se anche avessero sempre questo significato, non basterebbero mai da soli a documentare la degenerazione morale.

Quest'orientazione degli spiriti è così tenace, che Enrico Ferri, Garofalo e gli altri rappresentanti della moderna scuola penale si fanno forti, più che dei loro argomenti, delle prove antropologiche raccolte dai medici alienisti, e la buona merce della loro dottrina giuridica circola nel mondo non tanto pel suo valore intrinseco quanto per l'etichetta antropologica che ha dovuto adottare forse suo malgrado. Eppure, l'antropologia criminale non giustifica coi suoi risultati la popolarità di cui gode. Non potendo portare un valido contributo alla medicina mentale per la diagnosi dell'immoralità, essa si mette umilmente a servizio della Polizia per completare i connotati dei sospetti, soprattutto dei carcerati che escono in libertà e che potranno avere altri conti da regolare con la giustizia. Così i delinquenti professionali non possono sfuggire alla Polizia trasfigurandosi perchè la loro identificazione è resa facile, oltrechè dalla fotografia e dai cenni descrittivi, da un'ingegnosa registrazione di misure antropologiche che sono irreducibili e personali; per esempio, si registrano due misure combinate, come la lunghezza del piede e la lunghezza del cranio. L'espediente è utile, ma non ha che un valore pratico e del tutto estraneo alla psichiatria.

Da molti anni Lombroso si sforza a far rientrare gran parte dei reati tra i sintomi delle malattie mentali e, vedendo forse l'insufficienza dell'antropologia, si è spinto a cercare altre prove in un campo più schiettamente patologico, cioè in quello della clinica. La delinquenza congenita, secondo Lombroso, non è più soltanto una psicosi degenerativa, ma una varietà d'epilessia. S'intende che per lui, come per molti altri clinici, l'epilessia è una nevrosi ed appartiene anch'essa al gruppo delle degenerazioni psichiche.

Sommando insieme il contributo generico della degradazione somatica e il contributo specifico dell'epilessia, i delinquenti nati presenterebbero i seguenti connotati, in parte antropologici, in parte clinici, dei quali alcuni sono riscontrabili in vita ed altri soltanto al tavolo anatomico: alto peso del corpo; asimmetria e sclerosi del cranio; fossetta occipitale; scarsa capacità cranica; meningiti ed encefaliti nell'infanzia; sporgenza degli ossi zigomatici; sviluppo considerevole dei seni frontali; orecchio ad ansa; analgesia; mancinismo; daltonismo e discromatopsia; anisocoria; riflessi esagerati; temperatura generale (all'infuori degli accessi) tra 37°2 e 37°3; tatuaggio; impulsività che sostituisce le emozioni naturali; mascolinità del tipo antropologico nelle donne criminali.

Ignoro se da questo miscuglio di requisiti fisiologici (come il peso del corpo), d'imperfezioni anatomiche (come le orecchie ad ansa), di sintomi clinici (come l'anisocoria) e di manifestazioni psichiche (come il tatuaggio) si possa stabilire la diagnosi di epilessia, e non capisco come l'epilessia si possa nemmeno sospettare nelle prostitute, che Lombroso aggrega all'esercito della delinquenza per non lasciarne deserti i quadri di reclutamento che concernono il sesso femminile. Che le donne poliandriche, o che esercitino l'erotismo per mestiere o che vi si abbandonino per piacere (come fanno molte donne maritate di tutte le classi sociali), vadano ascritte nelle schiere della criminalità, è cosa che mi sembra esagerata e crudele, per quanto coerente a certi principî di morale non molto moderna. Ma che queste stesse donne si debbano considerare addirittura come epilettiche mi sembra strano. Di solito le donne facili, o che si vendano o che si regalino, godono d'una salute invidiabile, d'un umore allegro e d'una bellezza corporea, se non sempre raffinata, superiore in complesso al livello comune. Simili qualità non sono troppo in accordo con la presenza d'una malattia e d'una malattia così grave e talvolta deformante com'è l'epilessia.

Di più, si va ogni giorno accreditando l'opinione che l'epilessia non sia una nevrosi *sine materia*, nè una specie d'anomalia degenerativa, ma un processo morboso d'origine più o meno accidentale, con le sue cause materiali e con le sue lesioni anatomiche. Le alterazioni somatiche degli

epilettici non hanno dunque un carattere degenerativo od atavico che possa riattaccarsi all'antropologia, ma un carattere clinico che si rivela con manifestazioni patologiche e con lesioni dei centri nervosi. Secondo MARIE l'epilessia non è ereditaria e non decorre mai senza alterazioni materiali dell'encefalo. Moltissimi tra i criminali non presentano nè equivalenti psichici o vertiginosi dell'epilessia, nè il così detto carattere epilettico, e tra le prostitute nessuna, salvo qualche rarissima eccezione, merita il titolo di *epilettica*, nemmeno onoraria, perchè la diagnosi d'epilessia non è di quelle che si possono assegnare a comodo sulle traccie ingannatrici d'una pretesa degenerazione antropologica.

Fig. [illegible]. — [illegible] tatuaggi.

Quando LOMBROSO e i suoi seguaci trasportano il contingente maschile e femminile della criminalità (e non soltanto della criminalità straordinaria o più grave) nel campo clinico dell'epilessia, essi hanno di mira un'epilessia d'antico stampo, una nevrosi senza cause materiali e senza sintomi precisi, una forma di degenerazione che, nella sua indeterminatezza, può accogliere folle d'anomali o stuoli di normali. Un suo allievo, RONCORONI, fa consistere la patogenesi dell'epilessia in una sospensione di processi inibitori che non si stacca nettamente dalle leggi fisiologiche e che rassomiglia assai poco al meccanismo grossolano d'una vera malattia. L'epilessia, come l'intende RONCORONI, sarebbe tutt'al più un'anomalia ravvicinabile, per es., alla paranoia: e infatti è per mezzo d'un meccanismo analogo che io, e RONCORONI con me, abbiamo cercato anni fa di spiegare anche la paranoia. Quanto a LOMBROSO, la sua latitudine di giudizio si afferma anche nell'apprezzamento dei sintomi epilettici. Molti fenomeni vasomotori, molti atti normali, ma insoliti per vivacità o subitaneità, sono da lui regalati all'epilessia. L'epilessia gli serve per decifrare non solo la delinquenza, ma anche la prostituzione e la genialità: gli eccessi dell'egoismo, gli eccessi dell'erotismo e gli eccessi dell'intelligenza.

Dove Lombroso riesce assai più felice è nel descrivere le qualità psichiche dei criminali: la loro vanità, la loro imprevidenza, il loro cinismo, che si manifestano in varie maniere caratteristiche. Il *gergo* dei carcerati, il *tatuaggio* (fig. 133), l'*insensibilità* al dolore fisico e al dolore morale, il coraggio con cui rischiano il carcere, la *facilità* con cui vi si adattano e si ritornano, il *vanto* che menano del loro delitto a costo di tradirsi, furono messi in bel rilievo dai cultori dell'antropologia criminale.

Gl'immorali di nascita divengono spesso immorali di mestiere; si associano fra di loro per affinità di gusti e di scopi; si ritrovano insieme nelle carceri; formano una società nella società; s'intendono, si suggestionano, si ammirano e si sorreggono a vicenda come se appartenessero ad una stessa famiglia. Di qui il gergo, il tatuaggio e quello spirito di solidarietà cavalleresca specialmente di fronte alla Polizia, che in Sicilia e tra gli affiliati alla *mafia* ha preso il nome di *omertà*. Questi segni di criminalità in atto sono evidentemente una manifestazione di *psicologia collettiva*, anzichè di psicologia individuale; e si capisce che debbano mancare nel delinquente solitario come pure negl'immorali, per quanto emeriti, che non delinquono.

MANIFESTAZIONI CLINICHE.

Se si vogliono considerare gl'*immorali di nascita* dal punto di vista della loro immoralità e prescindendo dalle altre anomalie o dalle malattie mentali con cui l'immoralità può andar mescolata, si scorge facilmente ch'essi possono dividersi in due classi:

1.° *Immorali* per impulsività, ossia per eccesso di bisogni egoistici, d'irrequietezza, di aggressività, d'individualismo.

2.° *Immorali* per deficienza di simpatia verso gli altri uomini e quindi anche di altruismo, di ritegni sentimentali, di solidarietà, di compassione, di sensibilità alla considerazione pubblica.

I primi sono meno immorali dei secondi, ma per la spensieratezza con cui agiscono sono più inclinati al delitto specifico come anche ai delitti gravi, e finiscono col farsi del delitto una triste abitudine. La violenza e l'urgenza dei loro bisogni sono così intense, ch'essi non sono in grado di resistervi e spesso non hanno nemmeno il tempo di pensare a dominarsi. È probabile che Lombroso abbia di mira questi impulsivi quando identifica la delinquenza all'epilessia. Eppure talvolta l'impulsività criminale si manifesta soltanto sotto l'azione dei bisogni particolari, imperiosi e transitori che trovano ostacoli sistematici in ambienti determinati; rimossi gli ostacoli e cambiato l'ambiente, l'individuo malcontento, facinoroso, insocievole, diventa un membro pacifico ed utile d'una società più

vieta, più libera e più tollerante. Vi sono ragazzi che non sopportano la clausura del collegio; giovinette che non soffrono il rigore della vita monastica; giovani che si ribellano alla disciplina militare; uomini e donne che, di ribellione in ribellione, finiscono per rendersi incompatibili nel consorzio sociale.

La società, in luogo di agevolare a questi individualisti esuberanti ed impazienti tutte le espansioni che non danneggiano direttamente il benessere e la libertà degli altri, li esaspera con una severità inopportuna, li mette in condizioni d'ambiente sempre più difficili, li provoca a ribellioni sempre più impetuose e frequenti. Le case di correzione, le compagnie di disciplina, la prigione, la sorveglianza della polizia, producono lo stesso effetto che la camicia di forza sopra un maniaco. Tra gl'impulsivi intolleranti di freno e la società intollerante di eccezioni si stabilisce un malinteso che, aggravandosi di mano in mano, approda ad uno stato di guerra senza quartiere. Eppure è in questa folla che si trovano i criminali più simili a noi: i meno insocievoli e i meno antipatici. Ad essi, più che agl'immorali di razza, dovrebbe rivolgersi l'apostolato degli innovatori, provvedendo con la giustizia sociale alla prevenzione dei loro delitti. Di questi delitti è spesso responsabile la società. Ma la psichiatria italiana, invece di promuovere il miglioramento sociale dimostrando l'ingiustizia di tante condanne, distribuisce almeno in teoria patenti di criminalità congenita senza speranza di redenzione persino dove la legge assolve o perdona, ed applica tra l'altre alle vittime della prostituzione i criteri d'una morale arcigna che sa di Pentateuco.

In origine l'immorale impulsivo non è che uno stordito, un *amorale*; ribelle senza accorgersene, non è deliberatamente ostile alla società, nè totalmente sprovvisto di simpatia verso i suoi simili. Ma la severità con cui vien trattato lo convince ben presto di non essere nè capito, nè compatito. Il ribelle diventa una vittima; poco disposto a sopportare i freni morali e legali della vita libera, è affatto incapace di sopportare i freni disciplinari della caserma e del carcere. Il suo istinto morale, già debole per sè stesso, si perverte e degenera in una forma attiva d'immoralità. Dalla delinquenza incidentale e quasi incosciente si passa alla delinquenza abituale e meditata, ad una ostilità continua e convinta verso la società.

Tra questi delinquenti spensierati alcuni non peccano che per eccesso d'un solo bisogno fisiologico. Vi sono gli *sanguigni*, i *sensuali*, i *gelosi*, i *passionali*, i *giocatori*, i *collerici* che s'iniziano nella carriera criminale per la loro incapacità a frenare sentimenti molto imperiosi anche tra i normali. Se riuscissero a soddisfare questi sentimenti senza ostacoli o a domarli con uno sforzo non troppo affrettato o a liberarsene sotto la repressione graduale, moderata e benevola della società, questi individui

non progredirebbero nella via del delitto, ma si emenderebbero. Alcuni di essi non mancano completamente di altruismo; anzi possono esserne ricchi. Ma la violenza e l'incostanza con cui si abbandonano anche ai sentimenti generosi, come lo sdegno e l'amore, toglie ogni indirizzo etico alla loro condotta. Gli stessi passionali sacrificano all'ideale del momento ideali ben più doverosi ed elevati; e la loro passione, senz'essere ignobile, va a detrimento del carattere morale. Di gradino in gradino, il delinquente per passione scende ad episodi passionali sempre più effimeri e superficiali; si abitua alla sfrenatezza; perde il senso morale e non ascolta più che l'istinto. Spesso, per calmare i rimorsi, ricorre al narcotico della religione: e non v'è immorale che non si professi *credente* almeno di quando in quando.

Soltanto di fronte al continuo e progressivo sfacelo del senso morale saremo autorizzati a diagnosticare l'immoralità costituzionale: ma ci rimarrà sempre il dubbio che, almeno per questa classe di delinquenti impulsivi, una migliore organizzazione della società avrebbe potuto prevenire il delitto o correggere i sentimenti da cui proviene, sentimenti spesso più anomali per misura che per natura. Le difficoltà dell'ambiente sociale, sommandosi con le anomalie della costituzione individuale, aumentano il malessere dell'impulsivo, la sua irrequietezza e la violenza dei suoi bisogni insoddisfatti. Egli è spinto a cercare la calma e l'oblio nelle bevande alcooliche; e l'alcoolismo, dopo avere spento in modo effimero gli impulsi del momento, spegne in modo stabile il senso etico che, rinforzato, avrebbe potuto frenarli.

Fra questi immorali per irrequietezza, molti sono candidati alla demenza precoce, o invece, più che candidati, già patentemente imbecilli. In tal caso la diagnosi è più facile, perchè l'immoralità si manifesta fin dalla prima infanzia con capricci violenti e reazioni iperboliche ad ogni più piccola contrarietà. È assai più difficile l'accertamento dell'immoralità costituzionale allo stato puro in individui d'intelligenza normale, sebbene anche in questo caso l'anomalia cominci a rivelarsi fin dalla più tenera età. Mentre l'ebeidofrenia, o che preludii alla demenza precoce o che si mantenga nella cerchia delle funzioni affettive, scoppia verso i 12 anni e dimostra d'avere un principio, la vera immoralità costituzionale è congenita, non ha alcun principio e perciò si smaschera gradatamente come una anomalia psichica.

Durante la fanciullezza l'immoralità a tipo spensierato ha per manifestazioni: la precocità dell'istinto sessuale, onanismo, prepotenza, tracotanza, facilità alla menzogna, agli intrighi, alla disobbedienza, all'abbandono della scuola e della casa paterna, al vagabondaggio, alla ricerca di avventure. Queste tendenze accentuandosi verso i vent'anni conducono alla de-

serzione, alle violenze sessuali, alle risse, alla truffa, al cambiamento vertiginoso di residenze, di mestieri e d'amicizie. Così dall'immoralità a poco a poco matura la delinquenza, sia in una forma specifica, sia in una forma generica. Si hanno i delinquenti specialisti, gli eclettici e quelli che, favoriti dalla nascita, possono rasentare il codice senza urtarlo, accendendo debiti, giocando, contraendo matrimoni interessati, esercitando professioni losche, dedicandosi alla vita pubblica. Una dose moderata d'imbecillità non disturba il programma. Nella classe degli impulsivi ricchi si conta la massima parte dei prodighi.

Abbiamo descritto sinteticamente gli immorali per eccesso di bisogni. Vediamo ora l'altra faccia dell'immoralità: l'immoralità a freddo, per deficienza di simpatia, di solidarietà, d'altruismo. Il carattere di questi immorali incorreggibili, veri daltonisti del sentimento etico, non è impetuoso, passionale, collerico, imprudente e ribelle, ma tutt'al contrario: calmo, glaciale, lento, riflessivo e in generale piuttosto ligio alla legalità. In questa classe d'egoisti raffinati e senza scrupoli s'incontrano più immorali che delinquenti: il loro egoismo non è un torrente che straripa a sbalzi e poi si cheta, ma un fiume abbondante e maestoso che ha per argine la prudenza e procede senza disordine, nè intoppi. Troviamo fra gli immorali insensibili le *avvelenatrici* o gli *avvelenatori*, i grandi *trafficanti*, gli *usurai*, i fondatori d'imprese fraudolente, gli *imprenditori* senza pietà che arricchiscono calpestando gl'interessi dei loro collaboratori, gli *strozzini*, i *lenoni*, i *calunniatori*, i *malviventi politici* che non si arrestano davanti a nessuna soperchieria salvo ad ammantarla abilmente di legalità e a sfruttarla poi come un titolo all'ammirazione degli sciocchi. Questi immorali di grado superiore appunto perchè sanno padroneggiarsi evitano quasi sempre il delitto; e se non lo evitano, riescono per lo meno a dissimularlo. L'assenza di sentimenti altruistici rende la loro immaginazione più libera, la loro azione più cinica.

L'uso di armi sleali, crudeli, raccapriccianti non li spaventa, se non in quanto può un giorno o l'altro, scoperto che sia, nuocere a chi vi è ricorso. L'immoralità, che è una debolezza per gl'impulsivi, è una forza pei loro antagonisti. Essa attraversa e sovverte i disegni di ravvedimento, di espiazione, di saggezza che sorridono agli impulsivi; mentre inspira, finanzia e raffina l'opera impassibile degli insensibili, rivolgendola senza esitazione ad uno scopo pratico e definito. Tuttavia anche i Napoleoni dell'immoralità previdente hanno qualche volta a rimpiangere un Waterloo: non perchè l'impazienza di vincere li spinga ad un'azione imponderata, ma perchè la mancanza di freni morali, di pietà, di probità, di sensibilità all'altrui dolore li determina a disegni di crimini complicati, continuati, coordinati che, malgrado la più abile premeditazione,

possono fallire per l'errore d'un singolo particolare. È l'abuso delle loro qualità che talvolta li perde.

Ma se evitano o dissimulano il delitto, non passano inosservati ad una minoranza di gente onesta ed accorta. Per quanto la deficienza d'altruismo si manifesti più che altro in forma negativa, essa è profonda, evidente e facile a rintracciarsi nella più remota gioventù: se non vi è la *grande criminalità*, vi è la *grande immoralità*. In questa agenesia di sentimenti etici non vi è posto per nessun affetto. La donna non è che uno strumento di piacere; la famiglia uno strumento di signoria; il prossimo uno strumento di locupletazione; la vita pubblica una piattaforma d'ambizione personale e di guadagno; l'arte e la scienza un mestiere. Sono questi i veri *immorali*, gli immorali senza esaltamento, senza passione e senza rimorsi, che vanno diritti al loro fine, seguendo una vocazione tranquilla. Ricchi e intelligenti, possono sfuggire alla seduzione del reato o almeno ai rigori del codice; sprovvisti di ricchezza e poveri d'intelligenza, cadono prima o poi fra gli artigli della giustizia. Ma anche in questo caso si tratta quasi sempre d'un crimine isolato, grandioso, inatteso, compiuto con astuzia e con freddezza. I criminali di questa specie non hanno nessun ritegno a rovesciarne la colpa sugli innocenti, sanno difendersi dall'imputazione; preparare gli alibi; attenuare o alterare davanti ai giudici i veri moventi del reato. In carcere tengono buona condotta; sono delinquenti saggi. Durante il processo non tradiscono la loro pochezza morale che in maniera negativa: per mancanza di commozione, per la loro assoluta incapacità a sentire e a fingere non solo un sentimento di tenerezza e di bontà, ma anche un po' di rispetto per le vittime, un po' di orrore per il reato che hanno commesso. Questi furbi spostati sono più o meno deficienti, almeno dal lato affettivo, più o meno incoscienti, più o meno grotteschi, e riescono sovranamente antipatici. Ma, finché non abbiano raggiunto il banco degli accusati, figurano come persone corrette, serie, energiche e rispettabili agli occhi dei lontani e dei deboli. Il loro potere di suggestione è grande, il loro dominio è solido, la loro riputazione di probità, quantunque contestata, è incrollabile, e nel corso del processo i fanatici testimoni a difesa si bilanciano con gli accaniti testimoni d'accusa. Lo stesso avviene se il grande criminale si trattiene al di qua del codice e non è che un grande immorale; contro mille detrattori può contare su cento amici ardenti di entusiasmo imbecille o di gratitudine interessata. Perchè nel lungo e coerente esercizio del proprio egoismo l'immorale a freddo è costretto a fare anche del bene, a procacciarsi alleati, a ingraziarsi persone altolocate, a nascondere la sua aridità affettiva con l'ostentazione della correttezza o con atti di calcolata generosità.

L'immoralità del secondo tipo è, come l'immoralità impulsiva, di origine congenita; anzi è più congenita ancora, più scevra d'influenze morbose e accidentali che possano favorirla o soffocarla, più evidente fin dai primi anni della vita, perchè più impressionante, malgrado la natura negativa delle sue manifestazioni. Ragazzi, questi immorali per difetto di sensibilità non si affezionano a nessuno: verso i compagni non dimostrano simpatia, ma desiderio di dominio; i loro giuochi sono placidi, silenziosi ed atroci; spesso incrudeliscono contro animali mansueti; non piangono mai; non partecipano alle afflizioni degli altri, talvolta se ne divertono; se contraggono la sifilide, si compiacciono di diffonderla; non restano mortificati dai rimproveri, nè umiliati quando sono colti in fallo; non conoscono nè schifo, nè ribrezzo, nè vergogna; provano più curiosità che ripugnanza o vera attrazione per le cose oscene; non rifuggono dal dare saggi accademici della loro insensibilità allo schifo che scambiano per una specie di superiorità e che come tale è spesso applaudita dalle scolaresche e dalle folle adulte; non apprezzano e non capiscono i moventi generosi degli altri; sono scettici, diffidenti e maligni; non riconoscono idoli nè in casa, nè fuori, e la loro irriverenza non si arresta nè davanti alla madre, nè davanti al benefattore eroico che riscuote le simpatie universali. Come esistono cani senza fiuto e fiori senza profumo, così vi sono individui privi di benevolenza e di simpatia. La mancanza dello schifo per la sudiceria fisica è un indizio della loro insensibilità per la sudiceria morale. Essi possono essere trattenuti dal delitto per mezzo di freni esterni, ma non possiedono dentro di sè alcuna ripulsione spontanea. Se la legge dorme, se la società cede o rivolge altrove la propria attenzione, se le vittime designate non sanno difendersi, nè avvertire il pericolo, l'immorale per mancanza d'affettività non tarderà ad approfittarne più o meno felicemente; la più lieve occasione basterà a suggerirgliene i mezzi che potrà applicare con tutto suo agio e senz'alcuno sforzo, perchè gli appariscano immuni da pericoli ed appropriati allo scopo.

In luogo delle aggressioni brutali che sono la prerogativa degli immorali impulsivi, avremo le conquiste lente, i crimini elaborati o i loro equivalenti legali e ben più proficui. Talvolta questi veri classici dell'immoralità non si trovano in guerra dichiarata con la legge che al termine della loro vita, al culmine della loro carriera, all'apogeo della loro fama. La vecchiaia favorisce la maggiore audacia nella via del male perchè inaridisce gli ultimi residui di bontà e accresce le probabilità che il reato vada impunito. I vecchi immorali si sentono tentati di mettere a frutto la posizione sociale che hanno conseguito dissimulando la propria perversità. E il delitto, tutt'altro che in contraddizione con la lunga vita incensurata, non ne è che l'epilogo naturale. Lo si scorge dalla indifferenza

con cui resistono ai segni dell'ira popolare, dall'incoscienza della propria indegnità, dall'astuzia con cui si difendono, dalla destrezza che impiegano nel fuggire e nel ritorcere le accuse contro gli accusatori. Novizi del delitto, questi delinquenti in ritardo sono veterani dell'immoralità.

Ma vi è un terzo tipo d'immorali, ed è il tipo misto: quello che accoppia l'impulsività degli immorali spensierati con l'insensibilità permanente degli immorali spietati. Si capisce che questo tipo misto dev'essere il più frequente. Anzitutto, può darsi che gli accessi violenti d'egoismo e la deficienza placida d'altruismo si associno per un vizio congenito del carattere morale. Ma, indipendentemente da questa doppia forma d'immoralità congenita, è certo che ciascuna delle due forme tende a complicarsi con l'altra. Gli impulsivi travolti nell'abisso delle loro imprudenze, rotti alle carceri e ai tribunali, abituati al disprezzo pubblico, disillusi sul proprio valore sociale, finiscono col perdere ogni sensibilità etica e col rassegnarsi a rappresentare nel corpo sociale la parte dei parassiti nocivi. Le stesse circostanze possono rendere impulsivo, cioè facile a delinquere, anche l'immorale saggio, ma insensibile, che per qualsivoglia motivo abbia ormai perduto la verginità della prigione e che, una volta iniziato alla carriera ufficiale del delitto, può trovare maggior convenienza a perseverare in essa, anziché a tornare nell'ovile dell'immoralità legale. Insomma, di condanna in condanna, gli impulsivi diventano sempre più insensibili e gli insensibili sempre più impulsivi: gli uni e gli altri si adattano alle conseguenze del proprio temperamento morale, accettano filosoficamente gli incerti d'un mestiere arrischiato e si familiarizzano con l'infamia. Gli impulsivi perchè la vedono inevitabile, gli insensibili perchè imparano a sfruttarla. Un nome compromesso è un titolo ricercato in certi mestieri e in certe cariche.

Immoralità impulsiva con atti lievi, ma ripetuti di criminalità. — Salvo uno zio materno che è ricoverato al manicomio con delirio cronico, i parenti di questo soggetto sono tutti sani. L'unica sorella è normale. Non si ricordano malattie infantili. Dagli 8 ai 15 anni G. B., che ora è un giovane robusto e ne ha 30, fu tra i *minori corrigendi* a Pisa. A 18 anni si arruolò come volontario. Ma prima di partire fu sottoposto ad un periodo d'osservazione a motivo della sua irrequietezza. Durante l'osservazione, maltrattato da un superiore, reagì con vie di fatto, ma non gravi e fu messo in *camera di sicurezza*. Il colonnello manifestò il dubbio che G. B. fosse pazzo; e G. B. pensando che la pazzia gli avrebbe risparmiato una condanna da 8 a 10 anni di carcere, si finse pazzo, vociferando e asserendo d'essere il Duca d'Aosta. Fu inviato nel 1883 al manicomio di Firenze, vi rimase 3 mesi e ne fu licenziato come guarito, ma era poi certo che fosse stato malato? Andò a Genova, a Porto Maurizio, a Oneglia, a Milano, a Padova, facendo il cocchiere o lo stalliere. Spendeva tutto il guadagno nel cambiare residenza per desiderio insaziabile di svagarsi. Nel 1886 si trovava in patria, a Firenze, quando fu ammesso nel corpo di Pubblica Sicurezza

e inviato a Venezia come guardia di mare. Non arrestò mai nessuno perchè gli ripugnava! Disgustato del nuovo mestiere e sapendo che una mancanza grave gli avrebbe fruttato l'espulsione, andò in una casa di tolleranza, vi attaccò lite, si astenne dal presentarsi al quartiere, lasciò le armi in un'osteria e girovagò tutta la notte. Il giorno dopo dichiarò che il servizio di pubblica sicurezza gli era antipatico e insultò i superiori. Fu condannato a due mesi di prigione militare ed espulso. Aveva fatto alcuni debiti e col danaro così raccolto andò a Verona, a Brescia, a Milano vendendo stoffe. Tornato a Verona e trovandosi presente a un tafferuglio, piuttosto di dire le proprie generalità, si ribellò alla pubblica forza; una guardia lo riconobbe, si ricordò ch'era stato al manicomio, e ve lo fece rientrare. Anche al manicomio di Verona si comportò bene per un mese; ma, irritato nel vedersi trattenuto, cominciò ad ingiuriare e a commettere atti di vandalismo. Fu traslocato al manicomio di Firenze: era il 1896 e vi tenne ottima condotta per 10 mesi. Licenziato, eccolo di nuovo in viaggio: prima a Viareggio, poi a Milano, facendo il cocchiere. Ma G. B. non ha le carte in regola, e la Polizia lo rimanda a Firenze col foglio di via obbligatorio. Per la strada, a Bologna, perde il treno, straccia il foglio e va a perlustrare la città nel cuor della notte. Non tarda ad incontrare le guardie, racconta loro le sue peripezie e anche questa volta, per tagliar corto, simula la pazzia. Al manicomio di Bologna confessa la simulazione ed è dimesso dopo due mesi.

Così gli riesce di tornare a Firenze libero cittadino; ma i parenti, seccati dalle sue domande di denaro, lo fanno internare di nuovo al manicomio. Vi rimane 7 mesi, è dimesso; e vi rientra, in seguito ad istanza dei parenti, nel 1898. Nel periodo di libertà s'era dato a un nuovo mestiere, vendendo verdura o frutta per la strada con un carretto: attivo, pronto e cortese, faceva buoni affari e non sarebbe stato ricondotto al manicomio così presto se non fosse stata un'epoca di torbidi politici. Infatti lo licenziai nel termine di soli 12 giorni e seppi che s'era impiegato col lucroso mestiere di facchino in un importante albergo, dove riceveva oltre alla paga un ottimo vitto. Ma invece di far giudizio, si bisticciò col direttore e partì per Livorno. Non avendo trovato lavoro nè a Livorno, nè a Pisa, si ripresentò all'albergo di Firenze, domandando d'esservi ammesso un'altra volta. Irritato, andò in un'osteria; bevve ma senza ubriacarsi; si ubbriacò semplicemente di discorsi anarchici, sentì che i *padroni bisognava tutti ammazzarli*, e comprò un coltello. Lo fece affilare e così armato si mise a camminare con passo concitato davanti all'albergo per 20 minuti; bastonò il portiere, forzò l'ingresso; ruppe bicchieri e stoviglie, minacciò il personale di cucina. Qualcuno si ferì leggermente per disarmarlo. Imprigionato simulò per la terza volta la pazzia allo scopo di non disonorarsi con una condanna, e riapparve al Manicomio di Firenze. Dopo 3 mesi lo inviai al manicomio giudiziario di Montelupo, dove si dimostrò violento. Persuaso di non meritare alcuna condanna, dal momento che le sue minaccie non si erano tradotte in atti criminosi, adottò sulle prime un contegno ribelle per attirare l'attenzione e ottenere il trasloco in un manicomio comune. Ma in realtà era stato condannato per minaccie e rimase in quell'istituto per 5 anni; dapprima trattato con la camicia di forza, in seguito sottoposto ad un regime più raddolcito, ma sempre carcerario, secondo la disciplina del luogo. Al manicomio di Montelupo, in compagnia di malviventi provetti, si praticò e si fece praticare il *tatuaggio*, e tranne nel primo mese, si diportò docilmente; era laborioso e rispettoso. Non sofferse mai di convulsioni, non ha alcun segno d'epilessia, la sua sensibilità tattile e dolorifica è normale. Il senso dello schifo è ottuso.

Ora, per gli effetti della nuova legge sugli alienati, G. B. è di nuovo al manicomio di Firenze. È obbediente, attivo, ragionevole. Ricorda tutte le vicende della sua travagliata esistenza senza sbagliare nè una data, nè un nome, senza ommettere un fatto, senza nulla nascondere; ma non è facile a riconoscere i suoi torti; anzi, a furia di scusarli, finisce per ammannirceli come atti leciti e innocui. A dargli retta, è lui che si trova in credito di fronte alla società; e veramente, stando alla stretta legalità, che reati ha commesso? Uno solo: quello delle minaccie, che gli fruttò 5 anni di reclusione al manicomio giudiziario senza contare il prolungamento della segregazione al manicomio di Firenze. È un delitto duramente scontato. Ma da un punto di vista più largo, è ovvio che G. B. è un soggetto pericoloso. Bisogna ascrivere a semplice fortuna se la sua impulsività non ha mai prodotto conseguenze più gravi; e non si può disconoscere nelle lievi, ma ripetute manifestazioni di questa impulsività le prove d'una vera inettitudine al viver sociale. Quest'uomo non è malvagio: è laborioso, intraprendente, capace di qualche gratitudine verso chi lo tratta con indulgenza; ma così esuberante di bisogni, così intollerante di freni, così incurante dei danni che reca, dell'incomodo che produce, della inquietudine che sparge dovunque passa, da meritare la segregazione preventiva, purchè non inasprita da ingiusti e irritanti rigori.

TRATTAMENTO DEGLI IMMORALI.

Sia verso gli impulsivi, sia verso gli insensibili, la profilassi è più efficace della repressione, ma è una profilassi assai diversa che si deve consigliare nei due casi. Bisogna educare, soccorrere, emendare gli impulsivi con atti di sapiente rigore; e rendere impotenti gli insensibili con una guerra oculata, ma senza riguardi.

Prendiamo in esame gli impulsivi. L'intolleranza della società, la sua precipitazione nel decretare pene poco appropriate all'indole dei colpevoli, può impedire agl'impulsivi d'emendarsi ed aggiungere nuova esca al fuoco delle loro intemperanze. Le *case di correzione*, le *compagnie di* di *disciplina*, la *sorveglianza* della polizia raggiungono quasi sempre un effetto esattamente contrario al loro fine: irritano in luogo di attenuare, e diventano scuole d'incorreggibilità, focolai d'indisciplina, strumenti di provocazione a nuovi reati. È una vana pretesa quella di domare gl'impulsivi portandoli al livello non della saggezza normale, ma d'una docilità ideale, poco umana e che confina con l'ascetismo. Gli educatori s'illudono d'instillare la virtù coi sermoni ad ora fissa, con le privazioni, con gli esercizi religiosi, con fastidiose restrizioni e con la coercizione ad un lavoro rozzo, male organizzato, sterile e avaramente retribuito; la Polizia con appelli serali e con mille angherie che rendono impossibile al sorvegliato di guadagnarsi il pane e perfino di cercarsi lavoro. I corrigendi, i sorvegliati, gli ammoniti non rispondono che con antipatia e ostilità. E la vera azione educativa, invece di svolgersi dal maestro o dall'al-

torità a tenore dei regolamenti, emana e preme con irresistibile energia dalla massa dei loro pari, simpatizzanti e solidali sotto il giogo comune. La suggestione collettiva, continua e multiforme dei collaterali opera ben più fortemente che la suggestione individuale, discontinua e inaffettiva dei superiori. Così avviene anche nei collegi e nelle scuole comuni: le impressioni durevoli che orientano e modificano il carattere non partono dagli insegnanti che parlano *ex cathedra* quanto piuttosto dai compagni che esprimono nell'intimità il loro pensiero riposto. Perciò l'educazione nazionale, intesa come una funzione scolastica o di Stato, è un'utopia. Non nell'ambiente artificiale della scuola, ma tra le pareti domestiche e per effetto d'una suggestione indiretta senza programma e senza pompa si plasmano, fino a un certo punto, i caratteri; e gli esempi hanno un'efficacia cento volte più grande delle parole.

Talvolta gl'immorali impulsivi si abbandonano al delitto non tanto per vocazione antisociale quanto per esuberanza transitoria d'individualismo. Essi rinsaviscono e si moderano con l'andar degli anni, purchè la loro vitalità non sia conculcata bruscamente e quindi esasperata. Può anche darsi che trovino la maniera di secondare legalmente e onestamente i propri impulsi, anzi di trarne partito, scegliendo mestieri disagiati, sfidando pericoli, utilizzando insomma la temerità, l'ambizione, le impazienze di cui vibrano e fremono. È difficile che resista alle difficoltà quotidiane, meschine e sgradite della vita monastica, militare e carceraria chi non ha saputo adattarsi a quelle ben più lievi della vita ordinaria; ma non è impossibile che lo stesso individuo superi gli ostacoli improvvisi, eroici e affascinanti che richiedono vivacità d'immaginazione e vigoria d'emozione per non agire come uno spauracchio paralizzante.

La *condanna condizionale* è un'istituzione veramente ingegnosa, magnanima e utilitaria in favore degl'impulsivi. È magnanima perchè perdona; è utilitaria perchè si converte in un vantaggio economico per la società che la applica, risparmiando a migliaia le giornate di carcere; ed è ingegnosa perchè riunisce due pregi così disparati.

Partendo dal concetto che la pazzia morale sia rigorosamente ereditaria, fu consigliato contro di essa lo spediente radicale della castrazione. La castrazione fu consigliata del pari contro le altre forme di degenerazione psichica. Nel Michigan, in America, il consiglio prese la forma d'un *bill*, che non fu mai eseguito, sebbene credo che sia stato approvato dall'assemblea legislativa; la castrazione avrebbe dovuto infliggersi *ex lege* su tutti coloro che cadevano in reati per la terza volta, sugl'imbecilli, sugli epilettici e sui colpevoli di stupro. In Europa, NAECKE propugna assennatamente un trattamento analogo, ma sui soli criminali, sostituendo alla castrazione la resezione del canale deferente: con questo

operazione i criminali diverrebbero *infecondi*, ma non *impotenti*. In Italia la stessa misura è caldeggiata da Zuccarelli. In Francia Servier si limita a proporre la castrazione come un surrogato della decapitazione, ripromettendosi da questa mutilazione anche un cambiamento tale del carattere, da rendere possibile col tempo la liberazione dei condannati. Questa rosea speranza è contraddetta con ragione dallo stesso Naecke. È certo, come osserva Lugaro, che la castrazione dell'adulto non cancella le immagini sessuali: essa appartiene alla classe dei provvedimenti irritanti. D'altra parte, non si può applicarla sopra persone di tenera età prima che abbiano dato prova di essere veramente immorali incorreggibili.

Benchè la mutilazione dei testicoli sia chirurgicamente assai facile e senza pericoli, non si trovò alcun chirurgo che osasse eseguirla, nemmeno nella sua forma più blanda e ragionevole, che è quella proposta da Naecke. L'opinione pubblica considera la funzione riproduttrice con una specie di venerazione a cui partecipano tutti gl'interessati. Se i costumi permettono all'uomo di rinunciare volontariamente e senza disdoro ai profitti di questa funzione per un voto di castità o per l'esercizio professionale del celibato, non ammettono per nessuna causa il diritto di attentare al capitale anatomico da cui derivano quei profitti. Per quanto sia insignificante la mutilazione materiale, si considera come immensa la mutilazione morale. Non è dunque il caso d'insistere nella discussione d'un trattamento profilattico che, malgrado la sua utilità sociale, non esce dal novero delle proposte teoriche, dal momento che non trova e forse non troverà mai chi abbia l'audacia di applicarlo.

Un trattamento non profilattico, ma correttivo e che finora è anch'esso allo stato di proposta teorica, è quello preconizzato da Lugaro a favore non di tutti gl'immorali, ma dei soli impulsivi. Contro questa specie d'anomalia Lugaro propone la *mutilazione tiroidea*. Egli si fonda sulle condizioni favorevoli con cui si presenta il carattere morale nell'ipotiroidismo, ossia nel *mixedema*, e il suo intento è di correggere l'anomalia morale degl'impulsivi conducendoli alla frontiera del mixedema, ma senza varcarla. Questo risultato si può ottenere con la demolizione parziale, risparmiando specialmente le *paratiroidi*, si può accrescere con una seconda operazione, se la prima è stata insufficiente; si può temperare con la *cura tiroidea*, se è stata eccessiva. Infatti è innegabile che l'ipertiroidismo dispone all'impulsività, e i basedowiani, per quanto affetti da un ipertiroidismo probabilmente parziale, vanno soggetti, se non a un deciso pervertimento del carattere, a frequenti squilibri affettivi; ed è altrettanto innegabile che l'atiroidismo è un fattore di calma, d'equilibrio, di saggezza non disgiunta da bontà, purchè sia mantenuto in proporzioni abbastanza moderate per non travolgere insieme agl'istinti aggressivi

anche le funzioni intellettuali. Non già che gl'immorali impulsivi siano da riguardarsi come basedowici o come individui affetti da ipertiroidismo; ma l'importante è questo che, prescindendo da ogni antagonismo causale, il mixedematoso si dimostra in evidente e continuo antagonismo di contegno e di sentimenti con l'immorale impulsivo. Non si tratta dunque di trasfondere nell'immorale impulsivo l'etica che gli manca, ma di neutralizzare con un grado moderato d'intossicazione le impulsività che gl'impediscono di comportarsi regolarmente.

Uno stato generale che rassomigli a quello del mixedema, ma che non ne raggiunga le proporzioni morbose, può smorzare gli impeti del carattere senza estinguere i sentimenti affettuosi, senza ledere l'intelligenza, senza compromettere la salute fisica. Si troverà il chirurgo abbastanza sicuro di sé e dell'idea per esperimentarne l'effetto? Per arrischiarsi in questa via, bisogna circondarsi di precauzioni non tanto dal punto di vista chirurgico, come dal punto di vista legale. Anzitutto è necessario che l'impulsivo sia informato di ciò che l'attende e dei pericoli a cui si espone; egli deve affrontarli per convinzione e col sincero proposito di emendarsi, non per intimidazione, nè per inganno. Se si pensa alle condizioni infelici d'esistenza in cui versa un impulsivo quando ha perduto la speranza di redimersi, non si deve credere impossibile la sua adesione scritta, solenne e del tutto rassicurante per l'operatore. Così l'operatore si salva dal ricatto; la società corre il palio di purificarsi senza ricorrere a condanne crudeli; e il delinquente va a rischio di subire una metamorfosi favorevole alla propria felicità.

Il sistema preventivo è valido, ma fino a un certo punto e sotto tutt'altra forma, anche di fronte agl'immorali insensibili, almeno finchè non abbiano commesso alcun reato. Ma per metterlo in esecuzione con efficacia e con giustizia, bisogna che la società si dia la briga di trasformarsi essa medesima, elevando il livello medio della moralità generale. L'unica arma preventiva contro agl'*immorali calcolatori* è la diffidenza, l'antipatia, il disprezzo, il *boycottaggio*. L'opinione pubblica deve orientarsi in senso più coraggioso, più leale, più ribelle verso gl'immorali a freddo, spesso temuti, rispettati e potenti: non deve nè temerli, nè rispettarli, nè salutarli. Sopratutto non deve prenderli a modello. Il culto moderno dell'*eroe*, che è diventato l'estrema espressione dello *snob* letterario e politico, mira a nobilitare l'individualismo selvaggio e il bandito, ma sopratutto il *tiranno*, in cui una folla d'esteti pezzenti intravvede il *mecenate*, sospirandone i favori. Questa venerazione vile verso le individualità prepotenti ha corrotto le leggi non meno dei costumi.

Perchè si esita a privare della libertà civile il tiranno domestico, l'avaro, il pervertito che si comporta legalmente, ma calpestando i sentimenti

legittimi della moglie e dei figli? Perchè si lesina nell'accordare la separazione legale, perchè si attende a includere nella legislazione il divorzio, mentre si facilita con tanta leggerezza il contratto balordamente indissolubile del matrimonio? Perchè l'esercizio d'una professione indelicata, perchè una condanna in giudizio, perchè una condotta legale, ma palesemente immorale, perchè l'ubbriachezza abituale e svergognata non devono portare alcun limite nè alla patria potestà, nè ad altri diritti civili?

Fino ad ora, e specialmente in certi paesi, l'uomo immorale, purchè sappia evitare il carcere, gode non solo la pienezza dei suoi diritti, ma anche il rispetto, la considerazione e il voto plebiscitario degli elettori, se mai l'ambisce. Il timore che sparge intorno a sè si converte più facilmente in ammirazione che in odio. Quando un uomo di questa fatta commette un reato, non conviene che la società si lasci sfuggire la buona occasione per condannarlo. Se la generosità dell'animo è una circostanza attenuante che permette di ridurre la pena, non dovrebbero l'insensibilità ad ogni affetto, la durezza di cuore, la prepotenza sistematica, l'infedeltà alle amicizie, l'abitudine dell'adulazione, la servilità, la superbia verso i deboli, l'indelicatezza verso le donne essere riconosciute ufficialmente come circostanze aggravanti e capaci, purchè fossero documentate in giudizio, di accrescere la pena?

Le pene sancite dal codice sono un ottimo preservativo sociale, e guai se non ci fossero. Reprimendo un atto criminoso, se ne prevengono molti altri. Se la repressione per quanto severa non trattiene dalla recidiva tutti gl'impulsivi, e se il timore della repressione non è efficace su coloro che delinquono per la prima volta in un momento di passione o d'oblio, nessuno può contestare l'evidente utilità del codice penale sulla folla dei mediocri equilibrati e sulla caterva degl'immorali insensibili, ma saggi. Tuttavia, affinchè la pena sia sanzionata dall'opinione pubblica e non trovi ostacoli nella sua applicazione, bisogna che apparisca giusta. Le repressioni politiche, appunto perchè sono quasi sempre ingiuste, esagerate e inspirate ad un eccesso di egoismo collettivo, non furono mai efficaci. Le pene eccessive e ingiuste provocano o presto o tardi la reazione dei sentimenti popolari in favore dei colpiti e contro l'autorità che punisce, specialmente se l'eccessività e l'ingiustizia sono dettate da preconcetti o da interessi di classe. Bisogna evitare che anche verso gl'immorali insensibili si organizzi un odio cieco e iracondo. In fondo la mancanza di sensibilità morale è un'anomalia come un'altra, e sarebbe stolido non meno che ingiusto di odiare le vittime di quest'anomalia, per quanto possano e debbano riescire antipatiche.

Ma a parte gli odî volgari e ogni inutile inasprimento di pena che ne sia l'eco, la difesa sociale richiede che i delinquenti siano sorvegliati e

messi al sicuro: i delinquenti per immoralità costituzionale al pari e più degli altri. Essi non sono nè meno pericolosi, nè meno condannabili dei delinquenti ordinari, e non vi è ingiustizia a mescolarli insieme nelle carceri o altrove. È vero che il loro reato ha per coefficiente necessario un'anomalia di cui non è responsabile il disgraziato cui è toccata; ma tutti i reati, anzi tutte le azioni umane, anche le più meritorie, hanno una genesi analoga, perchè provengono, oltrechè dagli avvenimenti esterni, da una struttura psichica che riceviamo in retaggio senza beneficio d'inventario. Noi non siamo liberi di sceglierci un carattere pacato e socievole, nè di fornirci al mercato la volontà che ci bisogna. Non vi è dunque ragione d'invocare alla spicciolata la legge del determinismo come se fosse una particolarità degli immorali anomali e tacendo ipocritamente che in realtà la riteniamo valida per tutti. Se non si ha il coraggio di combattere il dogma del libero arbitrio in campo aperto, si finirà per abbandonare ai rigori della condanna penale i rei meno immeritevoli, cioè coloro che sono stati spinti al delitto da circostanze esterne, passeggere, eppure altrettanto fatali.

Tuttavia, poichè esistono i *manicomi giudiziari*, sarebbe opportuno ricondurli alla loro funzione originaria, cioè di ricoveri esclusivi per criminali folli e anomali. Da un lato, per quanto anomali, costoro sono intollerabili negli ospedali di alienati dove portano il disordine: lupi in mezzo alle pecore, veggenti in mezzo ai ciechi, anomali in mezzo ai malati (tutti gli anomali, anche i paranoici, gli omosessuali e gli imbecilli stanno a disagio nei manicomi comuni). Dall'altro lato non è adatta per criminali di nascita, che agiscono in ragione di motivi interiori, la promiscuità con individui che si suppongono emendabili e che, appena abbiano scontata la pena, avranno il diritto di rientrare nel consorzio civile. Riuniti nei manicomi giudiziari, ma suddivisi con criteri psicologici secondo le peculiarità del loro carattere, gli immorali di nascita potrebbero essere studiati, trattenuti, utilizzati e in qualche caso anche licenziati dopo una lunga prova di docilità, senza che la durata della loro reclusione dovesse necessariamente corrispondere alla sentenza pronunciata in anticipazione dal giudice. Ma per un soggiorno così prolungato, per uno studio così arduo, per una serie di decisioni così gravi bisogna che il manicomio giudiziario realizzi le condizioni amministrative, disciplinari e tecniche d'un ottimo manicomio comune, non d'un pessimo carcere. Si dovrebbe organizzarvi il lavoro con norme più educative che utilitarie; cimentare la capacità dei detenuti alla vita libera, permettendo loro una certa libertà entro il recinto chiuso dello Stabilimento; vigilare affinchè i più facinorosi non esercitino la camorra e la tirannia sui più deboli; reprimere la menzogna e incoraggiare la lealtà; promuovere *atteggiamenti confidenziali*;

mettere in opera sopra un numero limitato di individui psicologicamente assai semplici e conosciuti quelle provvidenze che ENRICO FERRI preconizza come una riforma radicale della giustizia punitiva.

Per ora i manicomi giudiziari non servono nè a questo, nè ad altri scopi. Essi accolgono una compagnia piuttosto mista: individui che hanno commesso furti, stupri, ferimenti, uccisioni in stato d'incoscienza morbosa e che di criminale non hanno nemmeno l'apparenza; condannati che nel corso della pena sono impazziti ed hanno cessato d'essere pericolosi, ma disturbano la quiete del carcere; accusati in attesa di giudizio e sospetti di pazzia. I pazzi morali vi sono in minoranza, e molti di essi si trovano tuttora nelle carceri, ciò che sarebbe il minor male, o nei manicomi comuni, di dove invece possono escire con la massima facilità. Infatti è ben naturale che il Direttore d'un manicomio, messo nell'alternativa o d'introdurre la rivoluzione con la presenza d'un elemento eterogeneo in mezzo a malati più o meno incoscienti, o di sguinzagliare nel consorzio civile un essere pericoloso, deve attenersi a quest'ultimo partito. Il suo dovere principale è di conservare l'ordine nello stabilimento a cui è preposto come direttore responsabile; quanto all'ordine sociale, tocca alla collettività, non a un singolo cittadino, di provvedervi come meglio può. E il meglio in questo caso consiste nel non commettere lo sbaglio d'inviare tra i pazzi i rei prosciolti per *deficienza di sentimenti etici*, per *imbecillità morale*, per *pazzia morale*. Se questi anfibi lucidi, ma moralmente imperfetti non si vogliono internare nei manicomi giudiziari, che sembravano creati apposta per essi, tanto vale lasciarli in carcere, come si faceva una volta, cominciando col negare la loro più che discutibile irresponsabilità. All'attuale incertezza di criteri giuridici contribuisce in gran parte la suggestione di nomi equivoci, come quelli di *imbecillità morale* e di *pazzia morale*, che si applicano male a individui ben poco imbecilli, tutt'altro che pazzi e niente affatto morali. Anche per questo, cioè per non aumentare la confusione nei Tribunali, io ho creduto bene di adottare le espressioni: *immoralità costituzionale*, *immorali di nascita*, che comprendono la criminalità in azione dei *delinquenti nati* e la criminalità in potenza degli *immorali* ossequenti alla legge e che non delinquono. Se gli alienisti saranno fermi e concordi nel dichiarare che l'immoralità congenita è un'anomalia, non una malattia, anche il legislatore e i magistrati saranno più precisi e concordi nell'assegnare agli immorali di nascita un trattamento che rassicuri la società, ma con giustizia e oculatezza.

CAPITOLO XXIV.

La paranoia

La paranoia è un'anomalia costituzionale molto rara, che rimane lunghi anni latente e che si manifesta nell'età matura con un delirio parziale, ma assai tenace. Questo delirio non è che il lento e durevole trionfo d'un *preconcetto*. Il preconcetto paranoico vince a poco a poco ogni evidenza contraria; e a dispetto della realtà, dell'opinione pubblica, del senso comune, si organizza in un sistema coordinato d'errori, errori che diventano i tessuti della personalità intellettuale e la spingono gradatamente fuori dai ruoli della normalità. D'altra parte, la presenza d'un delirio ristretto non disturba i giudizi sopra certe questioni generali, nè sopra i fatti di minuta cronaca quotidiana, e i paranoici, per quanto inveterati, non perdono nulla della loro lucidezza abituale; anzi sono costretti dalla singolarità della loro posizione tra increduli e contraddittori ad affilare le armi della dialettica, superando qualche volta i mediocri di mente sana.

Ben diverso dalle costruzioni bislacche e poco serie della demenza paranoide, diverso più che mai dai delirî melancolici, paralitici, amenziali e demenziali, che mancano di stabilità e di legame, il delirio dei paranoici genuini è verosimile, resistente, nutrito d'una logica sbagliata, ma robusta e perciò incorreggibile. Spesso rassomiglia nel contenuto, ma sempre contrasta nell'origine con le aberrazioni religiose, politiche e scientifiche di cui è seminato il cammino della storia; perchè tali aberrazioni sono il frutto d'una suggestione reciproca, estesa, continua, che le rende scusabili ed inevitabili, finchè non subentra e non predomina una nuova corrente d'opinioni. Di queste cantonate storiche è responsabile l'intera collettività, non l'individuo isolato; dell'errore paranoico non è responsabile che l'individuo.

I temi del delirio paranoico si riducono a ben pochi. Sono tele piuttosto antiquate di romanzi ed intrigo, che il paranoico applica a sè stesso, di cui anzi è il protagonista e che finisce per credere veritiere. L'inspira-

zione di questi romanzi parte da un sentimento egoistico e prepotente di paura o d'avarizia o di vanità, che soverchia la ragione, anzi ne fa il suo strumento. Dalla timidezza germinano i deliri di persecuzione; dall'avarizia, che è poi la timidezza nel campo economico, i deliri di querela; dalla vanità, che è l'egoismo idealizzato, i deliri erotici ed ambiziosi.

Ma i preconcetti inspiratori possono anche nascere dall'altruismo e rivestire una forma più o meno disinteressata, traducendosi in *teorie impersonali*. Questi deliri altruistici a tema filosofico o pseudo-scientifico non sono esenti da un pizzico di vanità, che di solito non è neanche dissimulata; ma, al contrario dei deliri egocentrici, preservano il paranoico da conflitti aperti con la società, spesso anzi contengono qualche idea buona e generosa, che salva l'interessato dalla taccia di pazzo e gli merita le circostanze attenuanti con la semplice condanna al titolo di *mattoide*. In ogni modo, o che assuma l'aspetto d'una teoria chimerica o che diventi un'autobiografia favolosa, il delirio paranoico parte sempre da un preconcetto individuale. Perciò, a differenza dalle utopie degli intelletti sani, non è mai preso sul serio da nessuno, nè dai posteri, nè dai contemporanei. Così i paranoici si classificano, secondo il delirio che presentano, in due categorie:

1.° Paranoici con delirio astratto o *mattoidi*;

2.° Paranoici con delirio egocentrico, *querulanti, perseguitati, erotici, ambiziosi*.

I veri paranoici, salvo qualche eccezione, non sono *allucinati*. Tra i *mattoidi*, i *querulanti*, gli *erotici*, che della paranoia costituiscono le varietà più tipiche, le allucinazioni sono affatto ignote. Ne soffrono, ma di rado, i *perseguitati*. Solo tra gli *ambiziosi* dediti a deliri profetici si trova senza troppa difficoltà chi senta la voce di Dio od è soggetto a visioni celesti, se pure non se ne vanta gratuitamente per autosuggestione, o magari in malafede e a puro scopo di propaganda. Del resto, si tratta d'allucinazioni solitarie, poco frequenti, prodotte in via subordinata da un'emozione intensa, come accade nei normali e negli isterici: per paura, per fanatismo, per effetto dell'attenzione aspettante, nel silenzio della notte, eccezionalmente. Le allucinazioni paranoiche hanno dunque ben poco di comune con quelle delle psicosi propriamente dette, compresa la demenza paranoide: mentre nella paranoia si contano rare allucinazioni che possono ridursi ad un esemplare unico in tutta la vita e che vengono assimilate nella trama d'un delirio coerente, nelle psicosi acute e nella demenza precoce si tratta quasi sempre d'uno stato allucinatorio, sorgente inesauribile d'errori svariati ed effimeri, che per la loro abbondanza offuscano la percezione dell'ambiente reale, talvolta fino al-

l'incoscienza; o lo deformano fino all'assurdità, togliendo ai malati ogni lucidezza.

I paranoici si comportano invece come persone di mente sana e all'infuori del loro delirio ragionano con buon senso. In essi non vengono mai meno la riflessione, l'amor proprio, la dignità; non è mai dato di segnalare nè un turbine morboso di passione, nè un'eclissi della coscienza, nè uno sconvolgimento generale dell'organismo. Perciò il delirio paranoico non è l'espressione banale d'un disordine morboso, ma il frutto d'una mostruosità intellettuale che esiste in germe e matura fatalmente nel pieno vigore della salute e dell'età; non nasce per rivoluzione, ma per evoluzione; non è una malattia, ma un'anomalia o, per dir meglio, l'indice di un'anomalia. I paranoici, per lucidità d'intelligenza e coerenza di condotta, sono l'aristocrazia dei manicomi; anzi il più gran numero di essi riesce senza difficoltà ad evitarne l'ingresso.

Anche nelle persone normali il sentimento della certezza, che infonde alle nostre idee il carattere di convinzioni, non è quasi mai, come dovrebbe essere, la risultante laboriosa, rigorosa e serena d'una discussione interna. Noi adottiamo una quantità d'opinioni senz'aver abbracciato i vari aspetti dei problemi relativi, e siamo ben lontani dal tener conto equanime di tutte le soluzioni possibili. Nella gran maggioranza degli uomini la logica è violata cento volte al giorno, non per partito preso, ma, secondo i casi, per pigrizia, per amor proprio, per passione. La pigrizia trattiene dai ragionamenti completi e induce la gente dozzinale, ossia i più, ad accettare senza molta critica le formule tramandate frettolosamente dalla tradizione. L'amor proprio permette e provoca giudizi più originali; ma in quanto è inseparabile da un'eccessiva fiducia di sè, spinge a conclusioni precipitose e impedisce le resipiscenze. La passione in genere suggerisce soluzioni sbagliate per unilateralità. Insomma, di fronte ai problemi più complessi o più elevati o più appassionanti che si presentano nella vita sociale e individuale, le soluzioni esatte sono un'eccezione; ognuno porta con sè un bagaglio di errori e di mezzi errori, perchè ai preconcetti ereditati aggiunge spesso anche i propri; e la logica non riprende il suo impero assoluto che nelle questioni semplici o in quelle che, senz'essere semplici, lasciano l'animo indifferente, com'è il caso della matematica pura e, fino ad un certo punto, delle scienze esatte.

Le religioni forniscono alla credulità umana sistemi ingegnosamente codificati d'errori, che sono vere sfide alla logica, le più audaci e fortunate che si conoscano. Se si potesse farne un giudizio ad animo libero, come avviene quando si prende in esame la fede umile d'un popolo lontano, basterebbe la forza logica d'un bambino moderno a distruggere

ogni edifizio religioso, nessuno eccettuato. Ma gli errori tradizionali divampano nei popoli da mille fuochi sparsi, cioè da mille preconcetti individuali degli esseri primitivi. Le anime semplici dei primitivi sentono il bisogno prepotente di spiegare comechessia la causalità dei fenomeni e sono naturalmente mistiche. Sopravviene la civiltà: la teologia nobilita le superstizioni in nome della morale; la storia, col pretesto di narrarle, le abbellisce e le consacra all'ammirazione degli eruditi, dei retori, dei poeti; il tempo, trasformandole in simboli, maschera sempre più e quindi ribadisce, non corregge il loro vizio d'origine. Così i popoli inciviliti accumulano, tesoreggiano e tramandano a loro volta errori atavici che respingerebbero senza fallo se si presentassero alla loro mente per la prima volta e senza il passaporto della tradizione. I pregiudizi si respirano a pieni polmoni dall'atmosfera sociale, e la critica individuale è impotente alla disinfezione completa. Se la logica pura riesce a conseguire qualche vittoria parziale, la deve al razionalismo, cioè al lento formarsi d'una tradizione moderna, che si contrappone timidamente all'antica, ma che non riesce efficace sull'individuo isolato, se non per mezzo di sforzi collettivi e ripetuti, cioè diventando antica a sua volta.

Quanto alla potenzialità dialettica dell'individuo normale e moderno, è vero ch'essa non basta ad eliminare tutti i pregiudizi tradizionali di cui siamo sovraccarichi e, per così dire, saturati sotto pressione. Ma essa è sempre più che sufficiente per orientare verso la verità la parte spontanea e veramente originale del nostro pensiero; se non vale a liberarci da tutti i vecchi errori ereditari, ci preserva almeno dal commetterne dei nuovi per conto nostro. Ed anzi, benchè si trovino ancora dei credenti fra persone dotate d'intelligenza e coltura, è ben difficile che gente al disopra del livello medio accetti, p. es., il dogma della Trinità o quello del Diavolo. La fede al soprannaturale non arriva più ad ammettere miracoli che in forma retrospettiva. Le religioni hanno dunque perduta la capacità di svolgersi in senso mistico e non si trasformano che per confondersi in una specie di morale religiosa, che rappresenta il loro tramonto. In ogni modo, sono già a gran distanza dalle forme primitive. Solo in Russia, per un fenomeno d'arresto dello sviluppo sociale che ha infantilizzato alcune popolazioni estremamente remote, è ancora possibile la creazione di fedi nuove e mistiche che hanno forza di diffondersi sotto forma epidemica dove le idee moderne non erano ancora arrivate o non erano mai state capite. Queste popolazioni vivono nell'atmosfera storica dei nostri antenati lontani e ne ripetono gli errori fisiologicamente; sono i primitivi del nostro secolo.

Nel 1897 si seppe che a Tiraspol ventotto persone s'erano sotterrate vive per sottrarsi al censimento. La setta dei *Khlysty* (flagellanti) e quella degli

Skopzy (castrati) fioriscono a settentrione e a levante della Russia e non vi è annata che passi senza processi contro i nuovi focolai di queste strane religioni. Paolo Jacoby, medico in capo dell'asilo provinciale ad Orel, si è reso benemerito dell'umanità e della psichiatria, assumendosi il compito d'illuminare i magistrati e la pubblica opinione sull'origine paranoica di tante religioni crudelmente e inutilmente conculcate dalle autorità russe. Nel 1902, narra Jacoby, la popolazione d'una grossa borgata fu presa da fanatismo religioso e piombò in chiesa mettendo tutto a soqquadro col grido: *la verità comincia!* E ciò per collocare sull'altare uno dei suoi, un individuo di nessun valore che un passante aveva investito di poteri divini. I colpevoli furono condannati ai lavori forzati; il passante, istigatore del movimento, fu identificato per un certo Mosè Theodossenko, un pazzo che aveva passato lungo tempo in un asilo ed era stato licenziato perchè inoffensivo. Invano fu domandata un'inchiesta psichiatrica: la Corte d'appello di Kharkow rifiutò ogni inchiesta, ogni perizia e persino di ascoltare il medico della prigione.

La setta dei *flagellanti* è disseminata in colonie più o meno rilevanti sopra un territorio immenso e perseguitata con un accanimento feroce: gli adepti si riuniscono per il culto comune in grande segretezza, ponendo sentinelle. Essi conducono vita sobria, non mangiano carne, s'astengono dal vino e dai liquori, non prendono parte a schiamazzi, nè a feste, non bestemmiano, trattano bene gli animali, si soccorrono a vicenda e sono più ricchi della popolazione ortodossa. La loro dottrina e i loro riti presentano un interesse straordinario. Al Dio personale dei Cristiani è sostituito uno *spirito* vago, anonimo, senza attribuzioni, che può essere attirato sulla terra con *[illegible]*, diventando il padrone di colui che se n'è compenetrato e che diventa a sua volta un autòma sacro, insindacabile. I flagellanti aborriscono il matrimonio e ogni sistemazione dei rapporti sessuali, considerandoli come qualche cosa di osceno, di obbrobrioso, di criminale davanti a Dio e gli uomini; ma praticano il coito religioso allo scuro, tra i *fratelli* e le *sorelle* della setta, possibilmente senza distinzione e con la massima condiscendenza, non appena il gran sacerdote dà il segnale e spegne il lume: gli accoppiamenti anonimi e obbligatori non consentono d'indietreggiare nemmeno davanti all'incesto. Il gran principio dei flagellanti è la fraternità generale, che sopprime ogni egoismo individuale e di famiglia, ogni legame stretto di parentela, ogni gelosia a beneficio della collettività; ma guai alla donna che si concede ad un estraneo.

Siamo dunque al matrimonio in comune, alla prostituzione sacra, allo stato sociale illustrato da Bachofen, da Giraud-Teulon, da Mac-Lennan, alla *ginecocrazia* (Jacoby). Queste aberrazioni assumono anche altri aspetti e la loro genesi è sempre la stessa: un paranoico si proclama

profeta, Gesù, Spirito Santo, spiega le Sacre Scritture con rime e assonanze più o meno balorde; e trova proseliti entusiasti in una moltitudine la cui ignoranza tocca i confini dell'imbecillità. Nel 1891 Sapoznikow ha potuto raccogliere dati precisi su più di 10.000 persone che s'erano uccise gettandosi volontariamente tra le fiamme. Nell'epidemia religiosa di Tiraspol il suicidio collettivo sale ad una forma ancor più raccapricciante, come abbiamo veduto: orbene, pare che anche di questa aberrazione non manchino esempi storici che le imprimono il carattere dell'atavismo. Un popolo intero, i Tchouds, avrebbe professato come culto nazionale la morte per seppellimento anticipato: essi scavavano una fossa grandissima, la coprivano con un tetto carico di terra e tenuto ritto con pioli, poi discendevano nella fossa abbattendo i piuoli. Nel nord della Russia e nella Siberia occidentale si trovano ancora le fosse dei Tchouds, e corre la leggenda che siano dovute a questa strana specie di rito religioso.

Un altro psicologo, Nina-Rodrigues, descrisse nel 1898 un'epidemia di psicosi religiosa tra i mulatti del Brasile e combatte la teoria atavica della paranoia; ma come osserva Paolo Jacoby, il suo studio successivo sull'animismo dei Negri di Bahia parla contro di lui. L'atavismo si rivela assai più nettamente nella paranoia che nella immoralità costituzionale, perchè le idee cambiano in modo più precoce e più visibile che i sentimenti. Chi ardirebbe asserire che gli uomini odierni siano moralmente migliori degli antichi? Ma chi vorrebbe negare che siano più intelligenti?

Eccezione, benchè non rara, nell'uomo moderno, il misticismo nel primitivo è la regola. Le fole che sonnecchiano e stanno estinguendosi nei nostri cervelli inciviliti furono tanta parte del pensiero antico, da tenere nei suoi fasti il posto della logica, saziando ogni curiosità, debellando ogni dubbio, animando ogni cosa. Gli studi di Tylor, di Lubbock, di Spencer ci permettono, mercè osservazioni ed inchieste praticate su vari punti del globo da missionari e da esploratori, di ricostruire la figura morale dell'uomo primitivo servendoci di quanto sappiamo sopra i selvaggi d'oggi. L'intelligenza dei primitivi era condotta a creare i propri miti non tanto da una sovreccitazione del sentimento quanto dall'uso regolare di una fantasia abbandonata a sè stessa. La fantasia, che dovrebbe essere il modesto battistrada della ragione, ne diventa il rappresentante, il *factotum*, la soprintendente, anche se non è molto fervida, ogni qualvolta la ragione è pigra o più povera di lei.

Il giorno e la notte, la pioggia, le nuvole, la rugiada, il vento, la fata morgana, lo sviluppo delle piante e degli esseri animali, la loro nascita e la loro morte, le metamorfosi degl'insetti, la fiamma che splende e che finisce nel nulla, costituiscono, dice Spencer, altrettanti indovinelli che devono necessariamente affacciarsi alla coscienza dell'uomo pri-

mitivo, ma che la sua ragione è ancora incapace di risolvere logicamente. A risolverli invece misticamente lo inducono molti fatti e molte osservazioni piene di forza suggestiva. L'ombra del suo corpo, l'ombra intangibile e distinta che accompagna i suoi passi e riproduce i suoi gesti, che vibra, si accorcia, si allunga, che illividisce, si rimpiatta e scompare, è per lui un'anima, una seconda edizione di sè stesso, quella medesima anima che emigra quand'egli dorme, che viaggia quand'egli sogna. Ma non solo gli esseri viventi, anche gli oggetti inerti hanno un'ombra; ed anche quell'ombra è una specie d'anima, una ripetizione incorporea dell'oggetto che apparisce e sparisce a volontà.

Nessuna meraviglia producono in noi, ammaestrati da un'educazione secolare, le immagini che si riflettono dalla superficie di un'acqua limpida o i suoni ripercossi dall'eco; ma al selvaggio, che ne fa la scoperta assai tardi, esse confermano o suggeriscono la possibilità d'uno sdoppiamento che deve apparirgli come un portento di spiegazione ad un portento d'osservazione. A questa virtù occulta di raddoppiamento ne va aggiunta un'altra: quella di trasformazione. Il ghiaccio si cambia in acqua, due legni strofinati si convertono in fiamma e poi in cenere, il fiore diventa un frutto. Per analogia, un sasso può trasformarsi in oro o in vivanda; e la creatura vivente in una statua di creta o di sale. Dov'è la nozione fisica o chimica che possa avvertire il selvaggio del suo errore? Essa non è ancora sbocciata, e il mito che ne usurpa il posto non è in fondo, data l'ignoranza del ragionatore, che una forma, la più ovvia e legittima di ragionamento. Sulle montagne si vedono spesso vaste macchie oscure che camminano, ombre di nuvoli lontani, tanto lontani che non si vedono e si possono credere assenti; e sempre si stacca dal corpo l'anima dei dormienti; e talvolta vengono a visitarci nel sogno quelle dei morti che hanno abbandonato la tomba. Dunque, conclude il primitivo, vi sono anime di morti, spiriti di viventi, ombre di cose remote ed ignote che si emancipano dalle loro forme materiali e possono correre allo sbaraglio per conto proprio. Vi è un mondo invisibile o semivisibile più popolato, più vasto, più potente di quello in cui viviamo e vediamo.

Eccoci ormai in groppa al corsiero fatato dell'anima selvaggia. Possiamo abbandonarci ad esso e perlustrare senza fatica tutto il labirinto del misticismo primordiale. Vogliamo decifrare la genesi mentale del feticismo? È semplicissima. Il Negro che si accinge ad un'impresa pericolosa e teme vendette o tranelli dagli spiriti che brulicano nella terra e nell'aria è pronto ad interpretare per un appello ogni impressione che lo colpisca più delle altre: un ciottolo più levigato e più tondo, una spina che per caso lo ha punto, diventano il feticcio che procurerà di propiziarsi con inchini, genuflessioni, preghiere, voti o minaccie. Nella Nuova Zelanda si vedono gruppi di pietre ritte in piedi disposte in circolo e tinte in rosso (il color sacro) e sono tabu, cioè feticci a cui la virtù protettiva venne infusa artificialmente con manipolazioni o scongiuri. Così il misticismo si alza d'un gradino; diventa sacerdozio o per lo meno stregoneria.

Una forma di misticismo più intellettuale ed anche più coreografica è il totem: le divinità, adorate con riti regolari, invece di rintanarsi in piccoli oggetti insignificanti, hanno residenza stabile e non priva di dignità negli alberi, nei laghi, negli animali. Un altro progresso, e si passa al politeismo: gli Dei minori soggetti ai maggiori, simili gli uni e gli altri all'uomo, ma in generale più potenti; possono parificarsi agli Dei e talvolta con essi competere gli eroi, i guerrieri, i maghi, un antenato illustre, uno straniero benemerito per conquista o come maestro pacifico di ci-

vita. Solo assai tardi si arriva a quelle religioni filosofiche che costituiscono una sintesi cosmogonica, ma sempre mistica, dove un ente immortale e onnipotente rappresenta l'origine e la ragione di tutto il creato.

Ma un concetto così elevato, malamente assimilabile ai pochi, è addirittura lettera morta pel volgo. Il volgo è pre-cristiano in Europa come è pre-buddista in Asia; e quasi senza saperlo resta fedele al politeismo. Per lo meno è bi-religioso: sotto l'abito del monoteismo lascia trasparire la vecchia fodera pagana; sotto gli insegnamenti della scuola o della chiesa le superstizioni del cuore. Gli angeli sono un residuo — una sopravvivenza; i santi un ritorno parziale — una reviviscenza — del paganesimo. Se i dogmi si rinnovano e assumono parvenze moderne, vi è il rito che rimane e serba ancora immutabile l'impronta del misticismo selvaggio.

Gl'indigeni di Tahiti pensano che non solo gli alberi e i frutti, ma perfino le pietre che franano dai monti e ci feriscono abbiano un'anima. Il bambino cinese non osa avanzare nei templi da solo, perchè li crede popolati di fantasmi dalla lingua sporgente, dagli occhi spalancati, dal volto minaccioso. Il Negro adulto si rappresenta la natura come una ridda misteriosa di feticci che ne promuovono i fenomeni e i cataclismi. Gl'Indiani annettono ad ogni avvenimento l'immagine d'un *manitou* che lo produce. Il Dio Horey rumoreggia nei boschi della Senegambia chiedendo vittime, e dal bosco parte la voce lamentevole della Wili. I Calmucchi sentono fischiare nell'aria il drago Lun Chan. Nei Paesi Bassi, come un ricordo d'altri tempi e fra le popolazioni rurali, c'è ancora la superstizione che il sole, la luna, il vento siano esseri malvagi, divoratori dei cristiani (J. Vinson). I contadini dell'alta Brettagna ascoltano con terrore i racconti dei *revenants* (Sébillot). In Francia c'è ancora il *moine bourru*, in Italia il *befano* e la *befana*, che girano per le strade e per le case, tagliando la testa ai bambini cattivi e specialmente a quelli che la sporgono troppo dalla finestra, o distribuendo regali. Il *folklore* di tutti i paesi è una miniera di miti. Le anime dei corpi decollati, gli spiriti e gli spiritati, i morti, il Diavolo, le streghe, le fate, le *signore*, le *donne di fuori*, le magare, la sirena del mare, i nani, i *mercurìò*, i *cucusì*, il lupo mannaro ed altre entità mitologiche vivono e palpitano ancora nell'anima del popolo siciliano (Pitrè). I Russi ortodossi credono a Gesù e alla Madonna, ma anche al *vodiany* o spirito delle acque, alla *roussalka*, specie di naiade o sirena nazionale, al *lèchi*, nume dei boschi, al *domovoi*, genio del focolare domestico. La fede nei mali spiriti è sempre generale negli Ascianti (R. Hartmann), e fu così comune, così antica, così invincibile anche fra i popoli civili, che Agostino in *de Civitate Dei* li discute senz'avere il coraggio di negarli, e Lutero nel diciassettesimo secolo li affermava numerosissimi (E. Tylor).

Nel medio evo imperversò il satanismo. La natura ne era contaminata. Il frate, scrive Arturo Graf, che viveva murato nel suo convento come in una fortezza, la mirava con vago senso di terrore e vedeva in essa quasi l'accampamento degl'innumerevoli suoi nemici. Le selve profonde e nereggianti, le creste accigliate dei monti, una valle orrida e cupa, un lago immobile in mezzo ad una pianura deserta, un torrente che balza spumeggiando e muggendo fra travolti macigni erano per lui come gli aspetti d'una scena minacciosa, dietro alla quale si trama un'immensa e formidabile insidia e donde prorompe ogni poco e penetra fin nella cella dell'asceta la potenza impetuosa del male.

Ai giorni nostri, malgrado le coercizioni dei governi, il misticismo re-

ligioso prende ogni tanto le sue rivincite. Se in Russia, come dicevamo, popolazioni intere abbracciano con fervore raddoppiato dall'opposizione religioni nuove originali, piene di vitalità, che si trasformano continuamente, che dunque non soltanto [illegible], ma [illegible], e che spingono i proseliti alla clausura, all'isolamento, alla fuga nei luoghi deserti, alle mutilazioni, al suicidio per fame, al battesimo di fuoco e di sangue (Leroy-Beaulieu); non mancano manifestazioni meno eroiche di misticismo anche fra i popoli inciviliti. I medium, i tavoli giranti, la trasmissione del pensiero, la chiaroveggenza, l'azione dei farmachi a distanza completano e perpetuano, sebbene in modo superficiale e con apparenze scientifiche, il carnevale burlesco e lugubre del misticismo selvaggio, sono una forma attenuata di neo-misticismo aristocratico.

Dunque i miti non provengono, come pretende Max Müller, da allegorie non capite, o da metafore prese alla lettera, o insomma da un quiproquo di vocaboli, ma da errori e ingenuità del pensiero: sono una maniera di pensare. Le stesse leggende compaiono come una tappa necessaria dell'evoluzione umana fra popoli diversi, che mai ebbero fra loro il minimo rapporto: in Grecia, in Egitto, tra i Samoiedi, nelle isole del Pacifico. Non già perché i popoli se le siano bisbigliate dalle frontiere come un ritornello o una parola d'ordine, ma perché costituiscono uno stadio inevitabile nel faticoso sviluppo dell'intelligenza. Al bisogno di conoscere la causa delle cose fa riscontro l'istinto d'attaccarsi col minimo sforzo alle interpretazioni più semplici, di accettare le soluzioni già fatte, di giurare e spergiurare ch'esse sono le sole vere. I primitivi, gli adolescenti e gli adulti moderni, ma di corto cervello, non sono capaci di tollerare lo stato psichico del *dubbio scientifico*. La loro ignoranza si abbevera con soddisfazione nel misticismo e se ne ubbriaca. Di qui le spiegazioni per analogia, la personificazione del mondo e dei suoi fenomeni, la rappresentazione della natura sotto forma d'una baracca antropomorfica di fantocci, piccoli e grossi, grotteschi e terribili, omuncoli e giganti, diavoli e angeli custodi, che pullulano dappertutto, che si agitano, che si rendono molesti o benefici, prendendo parte alla nostra vita, sedendo al nostro desco, infliggendo tormenti, largheggiando favori, talvolta in lotta fra di loro, più spesso organizzati contro l'uomo in una specie di brigantaggio invisibile, ma incessante, a cui è più facile sottrarsi con tributi che resistere con la forza.

I paranoici sono altrettanto mistici del volgo e dei selvaggi; sono anzi più mistici di essi e di tutti, perché il loro misticismo nasce, si svolge e persiste a dispetto dell'ambiente. Del resto, le manifestazioni del misticismo paranoico sono qualitativamente simili a quelle del misticismo primitivo: unica differenza è appunto l'ambiente storico da cui scaturiscono. I primitivi sono figli del loro tempo; i paranoici sono *anacronismi viventi*. Il misticismo dei primitivi è la manifestazione modesta, tranquilla e collettiva d'un pensiero imperfetto che si sviluppa; il misticismo dei paranoici è l'esplosione audace, violenta e individuale d'un pensiero in regresso ed atavistico.

Le storie cliniche dei paranoici di tutti i tempi e di tutti i paesi sembrano altrettante edizioni abbastanza monotone d'uno stesso racconto. Siccome la paranoia è un'anomalia evolutiva che abbraccia tutta la vita

d'un sogno, queste storie cliniche sono biografie complete, dove i paranoici hanno quasi l'aria di conoscere a menadito la psicologia dei primitivi, e parrebbe che si proponessero deliberatamente di contraffarli. Anche per essi il mondo apparisce formicolante di forze e personaggi invisibili, maligni, proteiformi, consociati in quel malandrinaggio talvolta spaventoso, talvolta anche comico, che flagella o che stuzzica, ma in ogni modo contraria la coscienza ingenua del selvaggio. Anche per essi *qualche cosa* diventa *qualcheduno*, e il male e il bene, ma soprattutto il male, sono continuo oggetto di personificazioni simboliche. Nei deliri paranoici e in quei deliri sistematizzati che, senz'essere costituzionali, imitano transitoriamente le fantasticherie della paranoia, sono agenti di varia natura e di varia potenza che sibilano alle orecchie del colpito e destano la sua sorpresa movendo una tavola o una seggiola, sfogliando i suoi libri, rovesciando un calamaio, voltando un ritratto, frugando i suoi cassetti, spegnendo i lumi, cospargendo le lenzuola di polvere, apparendo in sogno come incubi, infettando le vivande, riproducendo con una modernità di forme che è soltanto nei nomi quello stesso va e vieni di forze rovinose o moleste che metteva in trambusto l'anima paurosa del primitivo. Poi lentamente le forze e gli spiriti terrestri assumono forme e tendenze umane, diventano persecutori non più anonimi o generici, ma determinati e individuali, che feriscono, deturpano, avvelenano, assopiscono, calunniano, corrompono, rubano il pensiero col fiato, col malocchio, con la fisica, con l'elettricità, svolgendo, mediante una serie di perfezionamenti crudeli, tutte le perfidie del delirio di persecuzione.

Così la mitologia già desueta del primitivo rinasce e si mobilizza come un esercito per scatenarsi ai danni del paranoico, che senza aver mai letto sillaba dei libri di SPENCER, di LUBBOCK, di TYLOR e di BASTIAN finisce col crearsi per conto proprio una specie di religione personale non troppo diversa dalle religioni primitive, che passa anch'essa per le sue fasi dall'animismo iniziale al monoteismo, cioè alla credenza in un persecutore o in un protettore unico, invisibile ed onnipotente. E infatti, come nel corso della storia sottentrano alle idolatrie terrifiche i culti egualmente vani, ma più evoluti e piacevoli che si rivolgono a numi benefici, così nelle biografie cliniche dei paranoici al delirio persecutorio e d'offesa suol succedere e talvolta accompagnarsi il delirio di grandezza e di difesa. Invece di credersi circondato da insidie o da spiriti ostili, il paranoico ambizioso è confortato dalla presenza di feticci e di angeli tutelari che per mezzo di commerci soprannaturali si mantengono in relazione con lui; e talvolta sono creature umane, ma di grado superiore, tal'altra spiriti soprumani e persino Domeneddio in persona. I corpi inanimati, gli esseri

viventi, l'universo, ma superato l'io, riacquistano nell'anima paranoica la stessa natura simbolica che ebbero nella coscienza del primitivo.

Ed eccoli capaci d'una doppia maniera d'esistenza, d'una esistenza reale e d'una esistenza mistica. L'umile agricoltore, senza lasciare la zappa o l'aratro, è insignito di dignità sovrana, come se la sua anima (la sua ombra) esercitasse il comando o ricevesse gli omaggi d'innumerevoli sudditi in un regno lontano e simbolico, mentre il corpo si piega alle dure esigenze della realtà domestica. La popolana illetterata è unita coi vincoli d'un matrimonio mistico ad un principe favoloso; e gli umili suoi parenti, in lotta con la miseria e con le trivialità d'una vita meschina, sono principi del sangue che godono la stessa proprietà di sdoppiarsi.

Così nascono i profeti, gli apostoli che, credendosi investiti d'una missione divina, mantengono una condotta esemplare e qualche volta mettono a servizio delle proprie illusioni una volontà abbastanza tenace per attirarsi proseliti. Pel misticismo di cui ridonda e per la fede da cui è animata, la paranoia sale all'altezza d'una *religione individuale*. Per gli stessi caratteri le religioni non sono storicamente che *paranoie collettive*. Come poi, liberandosi dal misticismo, persistano fra popoli civili e in menti equilibrate, è cosa che si capisce pensando alla funzione sociale che esercitano nelle loro fasi più evolute.

Non soltanto i contorni generali della paranoia, ma anche i suoi più intimi particolari corrispondono con esattezza meravigliosa al quadro del misticismo primitivo. Nel Friesland vi sono famiglie in odore di magia che possono trasformare ogni boccone in sostanza nociva; l'Egiziano nasconde allo straniero i cibi che ha acquistato; gli Orang gli nascondono il viso dall'acqua, perchè non li contamini; gli abitanti delle Kurili non si mettono a mangiare, anche d'estate, se non è acceso il fuoco; e pratiche poco differenti sono in uso presso i Maldivi, i Bakuli, gli Eschimesi, gl'Indiani, i Negri e gli isolani della Polinesia. Chi potrebbe disconoscere l'identità di queste tradizioni barbariche col *delirio del veneficio* che si riproduce sporadicamente fra i paranoici moderni, tanto da indurli al digiuno prolungato, alle precauzioni ed agli accorgimenti più fantastici e fino al suicidio per fame?

Le analogie proseguono e risaltano anche nel campo più lieto e più garrulo della paranoia erotica. I pazzi amorosi hanno evidenti e costanti riscontri, per la loro fatuità, coi cavalieri erranti, il cui primo e strettissimo dovere era di rinunciare al possesso della dama, di prestarle obbedienza feudale e di ammogliarsi poi con altra donna qualunque si fosse. Giauffre Rudel, poeta provenzale, si accese per la contessa di Tripoli senz'averla mai vista, e fu apprezzato ed ammirato. I paranoici moderni spasimano senza inquietudini per principesse lontane e talvolta [illegible]

o magari inesistenti, e sempre con la facile catala del simbolismo allegorico se ne credono corrisposti, vivendo in un ambiente di beatitudine sentimentale simile all'estasi religiosa.

Si dirà che il sentimentalismo erotico è una manifestazione isolata del medio evo cristiano, che esso deriva dalla momentanea aberrazione d'una letteratura trasboleggiante, non da una tendenza fondamentale del pensiero umano. Ciò è inesatto. Sospirare un essere grande e potente, che ci sollevi dalla nostra miseria, ci redima dai nostri affanni, ci consoli e c'innalzi al suo cuore; attendere con fede il suo avvento, e illudersi d'averlo trovato nel primo venuto, non è questo il sommario d'ogni romanzo erotico? E non è in pari tempo il canovaccio su cui il misticismo religioso ha sempre ricamato le proprie leggende? Gli Egiziani, i Greci, gl'Indiani, i Persiani, i Germani consentirono tutti in queste vaghe aspettative che il misticismo tentò di realizzare a modo suo. È un'aspirazione passiva od attiva ad una specie di protettorato che, trasmutando il suo centro di gravità dal sentimentalismo religioso al sentimento erotico, dalla coscienza collettiva alla coscienza individuale, cambia il Redentore in un fidanzato simbolico, Gesù in Lohengrin, ma conservandogli sempre gli stessi lineamenti mistici e delicati, la stessa personalità vaporosa e benevola.

Sappiamo che il pensiero paranoico si condensa qualche volta, anzi molto spesso, in un neologismo. È un vero culto del *verbo*, una logolatria di cui dànno prova i paranoici. Ora la logolatria fiorisce in maniera analoga anche fra i popoli allo stato di natura. Gli Zingari, quando sono malati, copiano dal libro magico la formula del rimedio; ma invece di portarla al farmacista per fargliela eseguire, ne fanno un boccone e inghiottono la ricetta. Fra i neologismi paranoici sono frequenti, come vedremo, le *auto-denominazioni*; ora anche i Cafri cambiano più volte il proprio nome, persuasi che dal nome dipenda in gran parte il destino. I Samoiedi impongono un nome nuovo all'adolescente che diventa pubere; e in Polinesia si cambia nome ad ogni nuovo trattato d'amicizia.

Si potrebbe continuare assai a lungo, moltiplicando i raffronti del paranoico col primitivo e volgendoli all'idolatria, agli scongiuri, alla magia, all'astrologia, alla iettatura, alla chiromanzia, all'alchimia, agli esorcismi, alle illusioni paurose, ai deliri esperti, ai gesti simbolici, e a tutte quelle credenze, arti, manovre, procedure, riti, anomalie mentali che tendono con mezzi puerili, enigmatici, soprannaturali a scopi irraggiungibili. Ma quello che abbiamo detto sin qui è sufficiente a farci comprendere la ragione delle somiglianze e in pari tempo delle differenze che passano tra il paranoico e il primitivo. L'uno e l'altro sono mistici ed oltranisti. Ma il primitivo si abbandona al misticismo per ignoranza, per tradizione, per

necessità storica; il paranoico vi si dedica per passione, contro la corrente del pubblico consenso, per atavismo. Di fronte alle superstizioni comuni, il paranoico non è più arretrato dei suoi tempi; talvolta anzi è in anticipazione e brilla fra la gente volgare per il suo spirito di progresso. Sarebbe forse scettico ed ipercritico, se un difetto del carattere, una debolezza parziale non gli velasse l'intelligenza e non lo rendesse mistico. La paura, gettandolo in braccio al misticismo, ne fa un *perseguitato*; l'ambizione, dandolo in preda alla stessa malìa, ne fa un *propagandista megalomane* o un *pretendente amoroso*; la persuasione ne fa un *mattoide*, un *inventore* da manicomio, un *filosofo* solitario e strampalato; l'avarizia ne fa un *pezzente*.

Certo è che per le genti incivilite i miti non sono più altro che simboli di cartapesta in attesa d'essere passati al rigattiere. Solo nei paranoici, in questi falsi contemporanei, vediamo il misticismo risorgere dalle rovine come un vinto che si rialza. Sovrano assoluto nell'intelligenza del primitivo, il misticismo è, pel normale dei nostri tempi, un re in esilio e senza autorità, che sopravvive per lunga abitudine, rincantucciato in un angolo remoto del cervello, donde non esercita che un residuo dell'antico potere, avendo perduto la capacità di sviluppare influenze nuove e rinnovatrici. Nel paranoico il misticismo trova le condizioni favorevoli per riprendere il suo impero; e poichè non lo esercita che parzialmente, il paranoico risulta una contraddizione vivente non solo coi contemporanei normali, ma anche con sè stesso.

Per queste contraddizioni interne ed esterne, che singolarizzano la sua personalità psichica, ma di cui non mancano esempi anche tra i normali e i quasi normali, il paranoico è semplicemente un anomalo, ma non è un pazzo nel senso volgare della parola. La paranoia va intesa come una semplice *anomalia evolutiva*, frutto d'un carattere passionale e di un'intelligenza sistematica. E s'intende ancor meglio, se si tagliano dal suo ceppo i rami estranei dei *deliri paranoidi* o tutti quei deliri più o meno coerenti che appartengono ad altre psicosi, ma rappresentano un turbamento effimero dell'intelligenza, non già un modo irregolare e spontaneo di maturazione psichica. Ridotta in questi limiti, la paranoia guadagna in purezza ciò che perde in estensione. Non restano alla paranoia che pochi deliri d'apparenza ragionevole, di formazione lenta, di stabilità massima, che vanno a confondersi con l'eccentricità e quindi si avvicinano molto alla normalità. Tutti i deliri sistematizzati, ma irragionevoli, improvvisi, fragili, guaribili o trasformabili, che KRAEPELIN chiama fantastici, devono ascriversi a vere malattie mentali e specialmente alla *demenza precoce*. Il delirio paranoico, al contrario, non è un sintomo, ma un modo di pensare, un'opinione, per quanto inquinata di preconcetti.

che ha le sue radici in una struttura speciale della mente, nella costituzione paranoica; è il prodotto fantastico d'uno spirito egocentrico, ma lucido, che si abbandona senza freno al misticismo dei primitivi.

MANIFESTAZIONI CLINICHE DELLA PARANOIA.

La più appariscente di tutte è il *delirio* che si organizza a poco a poco da un insieme di convinzioni originali e coordinate, ma erronee. Nei deliri paranoici non vi è nemmeno l'ombra della confusione mentale, perchè la loro base è la persuasione, che richiede lucidità e coerenza. Perciò il paranoico non rassomiglia punto all'amente, nè al delirante febbrile, nè al paralitico in preda a deliri effimeri e discordanti; e in genere non rassomiglia ai veri pazzi. Siccome il delirio paranoico non è un sintomo che esplode all'improvviso, ma un prodotto mentale che *cresce*, possiamo in esso distinguere i seguenti processi o periodi che portano nella paranoia qualche elemento di varietà e le danno un simulacro di decorso come nelle vere psicosi, sebbene assai più lento e indeterminato:

1.° Periodo di formazione o di *sistematizzazione*.

2.° Periodo (non necessario) di *trasformazione*, che conduce o alla sostituzione di un delirio con un altro od anche alla fusione di due o più deliri successivi.

3.° Periodo (incostante, anzi raro) della *disorganizzazione*, durante il quale i deliri paranoici, talvolta per sempre, talvolta per qualche tempo, scompaiono o si rendono latenti o si circoscrivono a poche idee senza portata attiva.

La sistematizzazione del delirio è un processo di natura intima e complicata, che non sempre raggiunge il suo scopo: non tutti i paranoici delirano. Ve ne sono che presentano continuamente uno o più deliri, ma senza mai caderci, e non lasciano scorgere che una *costituzione paranoica*. In ogni modo non si arriva al delirio che traverso dubbi, esitazioni, pentimenti. Di questa elaborazione faticosa i paranoici già arrivati al delirio non sogliono render conto, perchè, nell'orgoglio della propria fede, non amano mostrarne le penombre o non se ne ricordano. Ma chi ha modo (e non è facile) di seguire per lunghi anni il cammino d'un delirio paranoico in formazione vede talvolta quant'esso è lungo e non privo di vicende.

Una volta che il delirio si è sistematizzato, è una vera eccezione se a lungo andare non si trasforma. Occorrono per questo degli anni, qualche volta metà della vita. I perseguitati finiscono per credersi grandi e passano al delirio di grandezza, il ponte dal delirio persecutorio all'ambizioso può essere costituito da un *delirio di difesa* (v. cap. V). Gli ero-

pire la vita come una congiura di tutti contro uno solo. Il delirio di persecuzione è fatto di superbia, talvolta inconsapevole, più che di paura, e questo è il motivo per cui così spesso trascende nel delirio di grandezza o se ne fa precedere. I persecutori sono raffigurati dai gesuiti, dai massoni, dai medici, dai socialisti, dai signori, dai miscredenti, dagli ebrei, dai cocchieri della piazza, dai venditori di giornali, insomma da congregazioni, sètte, classi sociali, od anche da persone isolate o determinate. Quando i persecutori sono numerosi o mal distinti, il delirio, circonfuso di mistero, si sottrae alle demolizioni d'una critica fin troppo facile e può diventare articolo di fede anche per uomini abbastanza intelligenti. Qualche volta i persecutori hanno un capo; questo capo è un personaggio reale o immaginario; o sono le autorità dell'ufficio amministrativo, del manicomio, del paese che simboleggiano le insidie di cui il paranoico si affligge e si lamenta. Oppure il persecutore è uno solo; ma questo è forse il caso meno frequente.

Quanto alla persecuzione, essa assume talvolta forme piuttosto futili; alterazione dei cibi, produzione di cattivi odori, molestie diverse, danni alla digestione e al respiro, indebolimento dei muscoli, artifizi luminosi ed acustici, contatti invisibili, sonnolenza, spostamento di carte, libri, penne, pettini, pantofole ed altri minuti oggetti d'uso quotidiano, allusioni satiriche per mezzo di gesti, parole, avvisi di quarta pagina nei giornali. Il vicino di casa si è messo una cravatta rossa, il capo-ufficio ha i pantaloni neri, la figlia del prefetto ha cambiato pettinatura, per dimostrare al paranoico che lo si accusa d'anarchia, che è votata la sua morte, che lo si ha in conto d'un vanesio. Altre volte si tratta d'una persecuzione ben più grave: il paranoico è minacciato di veleno, è atrocemente calunniato, si vuol farlo passare per pazzo, la sua casa sarà assalita o incendiata, i suoi figli non sono sicuri della vita, vi è chi cerca di corromperli e d'istigarli contro di lui, il loro [illegible] è già un fatto compiuto, forse sono stati modificati materialmente con mezzi criminali o misteriosi, forse non sono suoi figli, vi è una funzione universale che altera le persone, le cose e i rapporti tra le persone e le cose. Il paranoico è soggetto, per opera dei suoi nemici, all'usurpamento del pensiero; col mezzo del telegrafo senza fili si provoca in lui la parola secondaria, e la polizia se ne serve per lo spionaggio e per avvertimenti reciproci; i fumi e le polveri impercettibili, manovrate abilmente, gli producono tedio e sofferenze, ma non riescono a pervertire la sua volontà. Ricostruendo il passato, il paranoico scopre le traccie di un'insidia continuata, diffusa, insospettabile fin nelle più piccole contrarietà dell'infanzia, in un castigo ingiusto, in un giocattolo che si guastò appena comprato, in una bevanda troppo calda, in un atto di parzialità nelle classificazioni riportate alla

strada; fantastici sicari, cocchieri pagati per rovesciare la carrozza, agguati notturni, cocottes, camerieri, mendicanti al soldo dei nemici con l'incarico di studiare le sue abitudini. Le persiane socchiuse della casa dirimpetto significano: «bada ai fatti tuoi, noi non ti siamo amici!». Le scarpe lucide esposte nella vetrina del calzolaio allo svolto della strada dicono nella loro civetteria di cattivo gusto: «tu sei un pederasta passivo!». C'è un linguaggio segreto, ma tutt'altro che incomprensibile, che propala calunnie, che comunica minaccie. Non solo la propria posizione individuale e momentanea nel mondo, ma il mondo intero apparisce al paranoico sotto la forma d'un dramma da arena con morti e feriti, vittime o tiranni, perseguitati e persecutori.

E. S. è un vecchio di 82 anni, che non ha perduto la capacità, nè la forza di ricordare, di comprendere, di sentire e di vedere. Il suo delirio di persecuzione rimonta, se è vero il racconto che ne fa l'interessato, fin dal 1834. Ma, a parte le prime origini, si palesò nettamente quando una sorella di E. S., nubile e giovane, andò sposa ad un signore di famiglia molto religiosa. Da quel momento E. S. s'immaginò che i nuovi parenti, alleati coi *gesuiti*, meditassero i mezzi di rovinarlo fisicamente e moralmente. Più volte tentarono d'avvelenarlo mescolandogli sostanze nocive nei cibi e nelle bevande, di aggredirlo mediante sicari prezzolati, di coglierlo in trappola stendendo un filo di ferro lungo la strada ch'egli doveva attraversare. Le preghiere, le proteste, le denunzie alla polizia furono inutili. Io sono tenuto in vita, conchiude il disgraziato, perchè la Provvidenza mi assiste e vuol risparmiarmi al bene dei miei simili. Forse, soggiunge, sono destinato a compiere l'esperimento dell'estrema tolleranza a cui si può giungere di fronte alle massime infamie che si commettono in terra. Gli stessi poliziotti sono accoliti della *setta nera*. Ai gesuiti si allearono gli *austriacanti* (da quarant'anni in Italia non ne esiste più uno). Questa lega è formidabile. Composta d'individui sparsi e *proteiformi*, non si presenta mai in massa. Anche alla spicciolata, i suoi proseliti evitano l'abito ecclesiastico, si travestono, profondono danari ed hanno una pazienza incredibile nel proseguire il loro fine. Un tempo benevola ed adorata, la sua sposa, da cui ebbe due figlie, e che l'aveva più volte informato delle congiure ordite dagli avversi a comune danno, che anzi aveva più volte sventato i loro agguati, finì col cedere all'oro straniero e lo tradì. Sono ventisei anni che egli ne vive separato. La sua casa era diventata l'asilo di tutti i cospiratori, si osò perfino costruire nel centro dell'appartamento una piccola cappella che serviva ai loro convegni secreti. Una cognata ed una delle sue figliuole morirono, ed erano le sole persone che lo amavano: morirono di veleno. L'altra figliuola, buona ed affettuosa, finchè era bambina, si lasciò raggirare dalla madre che apertamente si vantava d'averla dalla sua parte. Tradito, perseguitato in questo modo, doveva scegliere tra due soluzioni: o uccidere la moglie e andare in galera o fuggire lontano da Firenze in cerca di pace.

Da persona onesta e non ancora apatica, scelse l'ultimo partito, andò a Venezia, ebbe un impiego commerciale, lo perdette, ramingò per 26 anni in Austria, in Turchia, in Egitto. Ma i gesuiti riuscivano sempre a scovare le sue traccie, talvolta lo precedevano. La salute ne soffrì immensamente: l'eczema, l'affanno, il restringimento all'esofago, la tos-

sile lo resero debole e privo d'appetito. Influenze *spiritiche* ed influenze *chimiche* concorsero a produrre, sempre per mano della lega, questo risultato. Per sua fortuna (ed ecco spuntare un nuovo delirio tra l'ambizioso ed il pseudo-scientifico), E. S. ha ereditato un gran talento medico da un suo prozio, Paolo Mascagni, e molte nozioni da un medico di corte con cui ha vissuto per tre anni. *Tantum discimus*, egli ripete, *quantum ad memoriam mandarimus*; e con le arti che sa ha potuto controbilanciare le insidie dei nemici, trovare gli antidoti dei veleni, le controcorrenti all'elettricità.

Da vari anni, solo, in rotta completa con la moglie e con la figlia, viveva in una camera mobiliata, oscura, povera, nella sporcizia. Andava a pranzo in trattorie fra le più basse, cambiando ogni sera per paura del veleno. Non riceveva nessuno. Condotto al manicomio, vi occupa una camera spaziosa, piena d'aria e di luce, da cui vede Fiesole e dove è assistito con impegno; ha la lealtà di riconoscere questo vantaggio; ci accorda anche la sua approvazione perché non l'avveleniamo, ma si lamenta d'aver perduto la sua libertà; dice che è stato depredato del suo denaro, che gli abbiamo trafugato i suoi scritti. Tra questi scritti vi è la copia d'un memoriale diretto ai defunti ministri Urbano Rattazzi e Marco Minghetti, che si sarebbero appropriate le sue idee finanziarie, acquistando così la fama d'uomini di Stato che a lui competeva, non a loro. Anche al manicomio, se è cessata l'opera del veleno, continuano le altre infamie degli avversi. I medici sono *capo-ossessi*; le stanze, preparate *spiriticamente*, racchiudono nelle pareti strumenti per raccogliere le sue parole, per spiare i suoi gesti. Nei medicamenti stanno nascoste sostanze corrosive che gli fanno cadere i denti, che gli stringono l'esofago, che finiranno per soffocarlo. E. S. non sarà contento che quando avrà ricuperato la sua libertà e potrà rivendicare una grossa eredità che l'insipienza dei suoi parenti ha lasciato in abbandono; e così, dopo essersi affermato ambizioso e perseguitato, si denunzia anche come querulante. Quando un nuovo infermiere o un medico a lui ignoto si presenta per la prima volta, esige una dichiarazione scritta che comprovi la sua qualità e i suoi titoli per assisterlo o interrogarlo.

Quest'uomo, che in così tarda età non presenta alcun indizio di demenza senile, non fu mai allucinato.

Delirio ambizioso. — È il delirio fondamentale dei paranoici, perché riassume, anche meglio del persecutorio, il loro incorreggibile egocentrismo. L'ambizione dei paranoici si manifesta anche nei loro deliri pseudo-scientifici, nei deliri religiosi e nei deliri erotici, sempre schiettamente superbi, e che cambiano nome, ma non natura nell'assumere il loro titolo specifico. A questo modo si designano più specialmente per ambiziosi quei soggetti deliranti che hanno per base la superbia, ma il cui argomento non è né pseudo-scientifico, né religioso, né erotico. Restano dunque nella categoria degli ambiziosi i deliri genealogici, politici, romanzeschi, dove il protagonista si crede cambiato in culla, figlio bastardo di principi, insignito di grande autorità, prigioniero di Stato, discendente bastardo di Borboni, fratello di latte o cugino dell'arciduca Massimiliano, di Giovanni Orth, di Casimir Périer.

lagli per testamento dalla munifica signora. Al manicomio si mostrò convinto della sua origine imperiale, coerente nel racconto, inappuntabile nel contegno; tanto inappuntabile, che fu licenziato e non vi ritornò mai più. Ma non rinunziò mai al suo delirio. Rientrato nel mondo, non cessò un momento di rivendicare i propri diritti; scrisse al Senato francese, a Luigi Bonaparte e a tutti quei personaggi politici che gli parevano in grado di spiegare un'influenza decisiva sui destini della Francia e dell'Italia. Venne il colpo di Stato del 2 dicembre, e poi la guerra del 1859; e in questi avvenimenti la sua fantasia di paranoico vedeva conseguenze e conferme, dirette o indirette, fatali o volontarie, gloriose o lacrimevoli, dell'intrigo dinastico a cui doveva la falsificazione della propria identità personale. Il suo epistolario aumentò spaventosamente. Si firmava sempre « Napoleone II Bonaparte, nato re di Roma, sacrificato sotto il nome di F. C. ». In una lettera pubblica al Corpo legislativo di Francia, domandò che s'innalzasse un tempio a Sant'Elena in memoria di Napoleone I, e che ogni visitatore vi ricevesse un dono, e che il dono consistesse in una medaglia di bronzo con due brevi epigrafi. Nel 1859 il prof. Bini, allora direttore del manicomio, lo incontrò mentre s'avviava con un rotolo di carte sotto il braccio e vestito di tutto punto alla residenza del principe Gerolamo Bonaparte, comandante un corpo d'esercito che doveva recarsi in Lombardia. Voleva per sè l'Italia o per lo meno la Toscana, lasciando a Napoleone III la Francia. E con queste aspirazioni che si saziavano di proteste grafiche, di diplomi simbolici, di riconoscimenti fantastici, visse lungamente, tranquillamente, oscuramente. Il suo sogno ambizioso non gli costava che qualche francobollo e non dava fastidio a nessuno. Morì Napoleone III e C. F. fu visto per le vie di Firenze vestito in lutto profondo. La fascia nera era così alta, che sopravanzava il cappello. Non so quando, nè come sia morto. Al manicomio rimangono disegni, poesie e memorie autobiografiche, che dimostrano la fermezza paranoica di questo sognatore che alla realtà aveva sostituito i prodotti della sua fantasia, e pure aveva gli occhi aperti, la mente sveglia, la fortuna contraria.

Delirio religioso. — Non è che una varietà del delirio ambizioso. I paranoici che delirano in materia di religione sono sempre al vertice, mai alla base della gerarchia sacerdotale: profeti, santi, intermediari fra l'uomo e Dio, se pure non si attribuiscono addirittura dignità e poteri divini. Ogni manicomio ha i suoi santi o le sue madonne che tuttavia vanno diminuendo di numero per cedere il posto a paranoici più moderni con delirio meno inverosimile. Ed anzi, la maggior parte di queste manifestazioni deliranti, che sorgono da un'ambizione sconfinata e puerile, appartengono alla paralisi progressiva o alla demenza precoce piuttosto che alla paranoia. I paranoici non si spogliano mai della natura umana. Quanto poi ai deliri che s'inspirano ai sentimenti dell'umiltà, della contrizione o della paura religiosa, il loro tema è in piena antitesi col carattere paranoico ed esclude addirittura la possibilità di questa diagnosi. In presenza d'un delirio religioso, ma depressivo e pessimistico, p. es. d'un delirio di dannazione, la diagnosi più probabile è quella di melancolia; e se il delirio di dannazione o di penitenza è cronico, si tratta di demenza

precoce, non di paranoia. Il delirio religioso dei paranoici, appunto per la sua attenenza, può anche comunicarsi e diffondersi in forma endemica ed epidemica.

Un classico tipo di paranoico religioso fu Davide Lazzaretti. Nato nel solitario e grazioso villaggio di Arcidosso, ai piedi del monte Amiata, d'umile famiglia, s'era arruolato fra i volontari di Garibaldi ed aveva combattuto. Di ritorno in paese, si rimetteva a fare il carrettiere e trasportava la terra gialla del monte a Firenze od altrove, aiutato dai fratelli, con cui viveva nel massimo accordo. In quei tempi era piuttosto incredulo e non alieno dalla bestemmia, che è abituale fra quella gente e specialmente fra i carrettieri. Un giorno s'allontanò e pare che andasse a Marsiglia. Vi rimase un paio d'anni, lesse molto, imparò il francese e fece parecchi mestieri. Ritornato un'altra volta in patria, già maturo d'anni e con una certa istruzione, cominciò a professarsi credente e convertito, a discutere, a istruire, a convertire. La sua propaganda era veramente logica, e si addentrava nel fondo del cuore, perchè portava una soluzione ai dubbi ed ai bisogni più urgenti dei proletari a cui era rivolta. C'era un credo religioso, composto di 24 articoli, per le intime idealità dell'anima; e un programma pratico per le necessità economiche del corpo.

Fig. 135. — *Davide Lazzaretti di Arcidosso.*

Nell'inverno del 1870 andò ad abitare la grotta di Montecristo, la piccola isola del Mediterraneo illustrata da Dumas padre, in cerca d'ispirazioni riguardanti la grande missione che credeva di dover compiere sulla terra. Vi stette 40 giorni vivendo di poco pane secco, in orazioni, e scrivendo molti versi nei quali appariscono il suo originale radicalismo religioso e politico. Tornato fra i suoi compaesani e correligionari con una più fulgida aureola d'ispirato, raccontò che nella grotta di San Mamiliano aveva udito le parole di Dio dalla stessa sua bocca, parole declamate *lentamente e sillabate come in tuono musicale... fra il fragore del turbine... e lo scrollo terribile di tutta l'isola* (C. Paladini).

Lazzaretti era un bell'uomo, dalla fisonomia intelligente (fig. 135). Aveva la fronte spaziosa, la barba alla nazarena, l'incesso grave, e parlava bene. La sua conversione pareva un miracolo; miracolo la sua istruzione tardiva, improvvisa, sfolgorante. Il suo stile, nell'improvvisazione e nella stampa, sovrabbondava di metafore e di neologismi, ma non mancava nè di nobiltà, nè di chiarezza. Le sue imprese, ideate con grandiosità e con audacia, erano benedette dalla fortuna. Volle fondare una *Banca* cooperativa e trovò i fondi in paese, si diceva anche in Francia, al di là delle

previsioni. Volle erigere una torre, la *Torre davidica*, simbolo della nuova religione, e vi riuscì. Il suo era un neo-cristianesimo impregnato di comunismo, ma non molto diverso, nè più incoerente di quello bandito dal Gesù autentico; e Lazzaretti non esitò a proclamarsi profeta, santo, redentore. Fu ascoltato e creduto dai propri fratelli, dagli antichi compagni di mestiere, da uomini e donne, e persino da preti e frati. La Curia papale lo scomunicò. Intervenne anche il Governo e lo imprigionò; ma nel proselitismo di Lazzaretti non c'era nè violenza, nè dolo, e bisognò liberarlo. Il doppio martirio crebbe l'ardore dei proseliti, e in breve tutto il paese si strinse intorno a lui; il mondo aveva (ed ha ancora) una religione di più. I dogmi della nuova religione furono stampati; distribuite le varie cariche ecclesiastiche; un frate accettò il grado di ministro; si celebrarono riti; si fecero processioni solenni; e Lazzaretti si avventurò anche alle previsioni profetiche. Un giorno, per *telepatia* (?), pensò e disse in pubblico che sarebbe toccata una sventura al fratello in viaggio col carro per Firenze, e precisamente che il carro sarebbe precipitato in un burrone. Il fatto avvenne nell'ora e nel luogo indicato, in conformità al presentimento telestesico del profeta. Non è escluso che i due fratelli si fossero messi d'accordo. Ma un'altra profezia aveva fatto Lazzaretti, che si avverò completamente, quella del proprio martirio. Il monte Amiata aveva rivaleggiato col Sinai; rivaleggiò col Calvario quando, nel 1878, la forza pubblica, sorprendendo la processione di contadini e di donne (in testa alla quale sfilava Lazzaretti col diadema in capo, le medaglie sul petto e un gran manto rosso sulle spalle), spianò i fucili e sparò. Il profeta cadde colpito da una palla alla fronte e morì in pochi istanti, pronunciando le ultime parole solenni che non smentivano il suo passato. Ad Arcidosso sopravvivono ancora pochi lazzarettisti, e il popolo parla ancora con venerazione del suo profeta. Non così i benestanti, che lo ritennero sempre un ciurmadore e lo perseguitarono con un odio accanito. Fu la paura ignorante dei ricchi che eccitò le autorità politiche e le spinse all'eccidio insensato. E l'odio (o forse l'invidia dell'ascendente che Lazzaretti s'era guadagnato sulla moltitudine) inspirò libelli, satire in versi ed altri sfoghi di rancore altrettanto basso quanto acerbo.

Nella religione di Lazzaretti era istituito il *sacramento del perdono* in luogo della confessione auricolare, che si dichiarava indegna e spiacente a Dio; al Paradiso ed al Purgatorio era aggiunto il *Regno della speranza* pei giusti non cattolici; l'inferno, da ergastolo eterno, era trasformato in luogo di penitenza temporanea; il demonio era abolito e il male non consisteva che nelle impure passioni dell'uomo, anzi non era che la negazione dell'umanità e in pari tempo la sua redenzione completa; il lazzarettismo non era che il perfezionamento del cristianesimo. Ecco l'ultimo articolo del Credo: « Concludiamo di proposito fermamente che il nostro istitutore David Lazzaretti, l'unto del Signore, giudicato e condannato dalla Curia Romana, sia realmente il Cristo, duce e giudice nella vera e viva figura della seconda venuta di Gesù Cristo nel mondo come figlio dell'uomo a portare compimento alla redenzione copiosa su tutto il genere umano in virtù della terza legge divina del diritto e riforma generale dello Spirito Santo, la quale deve riunire tutti gli uomini alla fede di Cristo in seno alla Cattolica Chiesa, in un sol culto e in una sola legge, in conferma delle divine promesse, come viene riferito all'articolo decimo di questo simbolo di professata da noi illimitata e sovrumana credenza ».

Delirio erotico. — È un'altra varietà del delirio ambizioso, e si distingue per una serie di requisiti che ne rendono la diagnosi infallibile. Infatti non basta un amore paradossale per meritare ad un individuo il titolo di paranoico, e il paranoico può innamorarsi al pari d'un normale senza cadere nell'anomalia specifica del delirio erotico. Le circostanze essenziali che caratterizzano il delirio erotico dei paranoici sono le seguenti. Anzitutto il paranoico è casto, cavalleresco ed alieno da obiettivi pratici: spesso si ritiene legato da sponsali mistici che non hanno bisogno di consacrazione legale, nè religiosa, nè carnale, che si celebrano a distanza, che si consumeranno a scadenza indefinita, e ch'egli considera perfettamente regolari anche sotto il regime d'una separazione perpetua di letto e di mensa. Per *credersi corrisposti* i paranoici non pretendono nè promesse, nè atti legali, nè espansioni amorose, ma si accontentano di un segno allegorico: un ventaglio agitato velocemente dalla mano della donna adorata, un fiore all'occhiello del vestito, se il soggetto è una donna e l'oggetto dell'amore è un uomo. La convinzione della corrispondenza amorosa è incrollabile: se la donna o l'uomo che hanno la disgrazia d'accendere questi amori paranoici s'incontrano con l'ignoto innamorato ed hanno occasione di mostrargli la loro indifferenza, la loro antipatia o il loro sdegno, il paranoico non se ne offende e non se ne stupisce. Egli ha sempre pronta una spiegazione che lo lascia soddisfatto nella sua imperturbabile serenità: la scena disgustosa è effetto d'una calunnia che sarà presto sventata, o è un'imposizione scellerata, o non è addirittura che una finzione necessaria per evitare le vendette degl'invidiosi.

Insomma, se le cose non vanno a seconda, la colpa è sempre dei parenti o del mondo maligno, non mai della *bella addormentata* o del *principe misterioso*, che nella fantasia del paranoico o della paranoica sono sempre raffigurati consenzienti, ingenui ed entusiasti. Inoltre, l'innamorato e l'innamorata dei paranoici sono sempre personaggi altolocati, inaccessibili, talvolta non liberi di fronte allo stato civile, talvolta non mai visti e persino non esistenti. L'età senile, la bruttezza fisica non formano alcun ostacolo: l'amore paranoico è per sè stesso anafrodisiaco e l'estetica sessuale non vi ha gran che da fare. L'erotismo paranoico ricorda la gaia scienza, le corti d'amore e la psicologia, più sottile che appassionata, dei cavalieri serventi; ne usa, con plagio incosciente, il linguaggio fiorito e cascante, le immagini leziose, il metro poetico. Un rozzo contadino si solleva sull'ali della paranoia erotica fino al madrigale; un sensale di vini copia e manda a destinazione, in mancanza di meglio, strofe di Metastasio o di Alfred de Musset. A questo modo il paranoico con delirio erotico è felice, perchè non conosce nè insuccessi,

nè disinganni, nè gli spasimi della gelosia, nè le amarezze dei primi disaccordi coniugali.

Il delirio erotico s'intreccia spesso con altri sistemi di delirio paranoico. Gl'indugi al matrimonio, la mancanza di risposte esplicite, gli atti di protesta a cui si espongono, inducono questi predestinati, malgrado le loro millanterie di don Giovanni irresistibili, al delirio di persecuzione. Talvolta perdono la calma e si abbandonano alla violenza: violenza verso i terzi, non mai verso l'innamorata. Un paranoico di nostra conoscenza, che corteggiava una vecchia signora francese dedita all'ascetismo, sparò due colpi di revolver contro il maggiordomo della famiglia che credeva ostile ai suoi progetti; ora è al manicomio da 15 anni, lucidissimo, non cessa di accarezzare il suo sogno e tenta di corrispondere nascostamente con la vecchia signora. È un uomo di circa 60 anni, di nobile aspetto, senz'alcuna coltura, d'umile condizione: il suo delirio di persecuzione si è rivolto dal maggiordomo ai medici del manicomio, che crede venduti ad un presunto rivale. Un altro paranoico, veneziano, servitore, ignorante e giovane, pretendeva di sposare la figlia sedicenne del principe suo padrone, a cui non aveva mai osato dirigere la parola, benchè le scrivesse lettere amorose senza firma: scacciato di casa, andò a sfidare il padre della ragazza. Un terzo, ereditario impenitente come gli altri due, riunisce in rara armonia le qualità del paranoico completo.

E. C. è un uomo di 50 anni, ha un bel cognome patrizio e duplice predicato, statura media, buona salute, aspetto comune. La paranoia, più che dalle sue parole, guizza dal suo cappellino a tese invisibili, dal grande colletto a vela latina, dall'ampio sparato della sua camicia, dalla cravatta soave, dai pantaloni a campana color caffè e latte, che gli svolazzano sugli stinchi e gli nascondono i piedi. Questo abbigliamento antiquato, la testa ritta, lo sguardo estatico, il viso sorridente, il passo affrettato, lo designano all'attenzione ironica della gente, e il povero E. C. è una macchietta anonima, ma abbastanza nota di Firenze. Da giovane, volendo dedicarsi alla diplomazia, viaggiò l'Europa, studiò le lingue moderne e frequentò le biblioteche. Ma nei suoi viaggi non imparò che il francese e non seppe evitare Montecarlo, dove pare che perdesse l'intero patrimonio di 400,000 lire. I suoi parenti gli passano, quindicina per quindicina, la modica somma di 5 lire al giorno. Con le sue 5 lire E. C. conduce vita regolare e modesta, non fa mai debiti, non ha strette amicizie, nè relazioni, pranza in trattorie popolari, ma decenti, è sobrio, passa cinque o sei ore del giorno al Circolo Vieusseux, lo storico gabinetto di lettura, e conserva nella sua camera mobiliata da 40 lire mensili una collezione di frack, [illegible] e cappelli a cilindro, ultimo e caratteristico trofeo delle sue ambizioni diplomatiche.

Sotto queste abitudini tranquille d'ozio studioso, disciplinato da un orario inflessibile, rugge in permanenza, ma senza erompere, il vulcano d'una passione amorosa che dura da vent'anni. Il nostro diplomatico fallito aspira alla mano d'una vecchia marchesa, nubile, ricchissima, nata da una famiglia tra le più illustri d'Italia. La vedeva spesso al Circolo

Vieusseux, dove l'austera dama veniva a restituire dei libri, consultava in fretta il catalogo, ne sceglieva degli altri e se ne andava subito nella sua carrozza. Queste brevi apparizioni avevano per E. C. il valore di altrettanti *rendez-vous* in piena regola. Se la marchesa aveva un abito nuovo, se scambiava qualche parola col distributore dei libri, se prendeva due volumi in luogo di tre, egli vedeva in questi atti insignificanti mille allusioni, promesse e risposte categoriche ai progetti di matrimonio che andava elaborando senza tregua in lettere sempre respinte e in confidenze inascoltate sotto le finestre del palazzo marchionale. Un lume acceso nel cuore della notte, una persiana spalancata, una tenda fuori di posto equivalevano ad un segnale di adesione affettuosa. Se dalla facciata muta ed uniforme del palazzo non partiva nemmeno uno di questi preziosi segnali, E. C. ne incolpava la malignità dei servitori, e munito di qualche sassolino, che scagliava dalla strada deserta sulle imposte chiuse, dava rumoroso, benchè innocuo, avvertimento della propria presenza. Una volta gli accadde di rompere un vetro, e il giorno dopo... fece la mia conoscenza.

Il suo epistolario amoroso è interminabile. Ebbi dalla Polizia un fascio di lettere che non erano mai state aperte da nessuno e contenevano più d'un particolare interessante. Lo scrittore si assume un atteggiamento di protezione quasi paterna; parla alla marchesa come ad una giovinetta inesperta, credula, poco intraprendente; ha per lei consigli, incoraggiamenti e qualche gentile rimprovero; le dà del tu; la mette in guardia contro i *gesuiti* e *gli altri furfanti* che si mascherano da legnaiuoli, da *poeti*, da religiosi, da ammalati, da *devoti* e che la circuiscono col pretesto di servirla o l'attirano in tuguri presi a prestito con la scusa della carità. Bisogna vincere le resistenze, le ostilità, gl'intrighi, contrapporre l'accortezza all'astuzia, la fermezza alla violenza. A questa guerra E. C. è già avvezzo dai primi anni della sua gioventù, quando i gesuiti lo perseguitavano in tutta Europa, gl'impedivano di entrare nella carriera diplomatica, e più tardi lo mettevano in cattiva vista presso il futuro suocero e gli tendevano il laccio di Montecarlo, assoldando un *croupier* perchè lo rovinasse.

La scrittura di E. C. offre parecchie singolarità. La lettera *r* è costantemente sostituita da un greco ρ; in luogo di *p* si trova sempre un π; quanto all'*n*, è indicato da un segno grafico originale, cioè da un *n* le cui aste discendenti sono separate per mezzo d'uno spazio doppio dell'ordinario. Ogni tanto vi sono parole ripetute tre volte di seguito; e alle triplici serie di parole tien dietro una triplice serie di accenti circonflessi, schierati lungo la riga e ridotti all'ufficio d'interpunzioni. Salvo questo scisma parziale, la scrittura di E. C. è perfettamente ortodossa e il contenuto del suo epistolario non è punto insensato.

Questo cavaliere della paranoia, che da vent'anni combatte i mulini a vento del gesuitismo e adora le grazie climateriche d'una Dulcinea inaccessibile, ha sempre evitata ogni trivialità, ogni impeto, ogni impazienza. Condotto due volte al manicomio, ne uscì in breve tempo, tanta era la lucidezza della sua coscienza, la dignità del suo contegno, l'efficacia delle sue istanze per ricuperare una libertà di cui, sia detto ad onor suo, non aveva mai molto abusato. Sono tre anni che è libero ed ha ripreso le sue letture, il suo carteggio galante, il suo cappellino dalle ale microscopiche: veterano del Circolo Vieusseux e del delirio erotico, esempio di fedeltà disinteressata ad un ideale.

Delirio di querela. — Il delirio di querela attiva, che fa comparse fuggevoli in molti paranoici (ed anche in alcuni casi di mania periodica, ma periodicamente), assume uno sviluppo inquietante e caratteristico solo in quei paranoici che lo coltivano senza interruzione e lo elevano a programma della propria vita. Il querelante, in origine, non è che un avaro, cui il vizio paranoico del preconcetto gli fa sembrare legittime e sostenibili le ardenti rivendicazioni della sua avarizia. Questi dilettanti di processi fanno a fidanza col codice, perchè non intendono il diritto che dal proprio punto di vista. Nelle disposizioni della legge non vedono la protezione di tutti, ma solo quella di sè stessi. In ciò il querelante paranoico non differisce gran che dal primitivo, che concepisce la legalità come un complesso di concessioni per sè e di divieti per gli altri. Con queste massime, che professa senza saperlo, il paranoico processomane parte da un diritto immaginario ed arriva ad imbastire querele non prive d'una certa forma giuridica. Qualche lieve alterazione nei particolari del fatto, l'elasticità della legge, l'avidità di avvocati poco scrupolosi, lo studio diligente della procedura ed altre circostanze favorevoli possono aprire al querelante la via dei tribunali, così spesso chiusa ai poveri che hanno ragione, ma che non sono assistiti dalla fede paranoica nella propria causa. I primi insuccessi non valgono a scuotere questa fede; al contrario, la condanna alle spese processuali, il trionfo dell'avversario e l'indifferenza del difensore raddoppiano l'energia del querelante, che ricorre in appello, in cassazione, al Parlamento nazionale ed al sovrano. Malgrado il consiglio degli amici, le esortazioni degli avvocati, le ribellioni della moglie, le proteste dei figli, il querelante continua imperterrito nella sua lotta pel diritto. Le sconfitte ulteriori e più gravi a cui va incontro per la sua ostinazione lo inaspriscono sempre più contro l'avversario fortunato, gli avvocati inabili, i giudici corrotti, la moglie ignorante, i figli senza coraggio. Qualche volta il delirio di querela si comunica alla famiglia del querelante. Solo di rado, e dopo anni di persistente dialettica, arriva il quarto d'ora critico. Gl'imbarazzi finanziari, le specifiche dei patrocinatori, le multe del tribunale gli fanno perdere il sangue freddo. E il querelante, così forte in procedura, si lascia trascinare a minacce che lo avviano inavvedutamente dalla sede civile alla sede penale; da processante impenitente diventa processato, se pure a salvarlo non gli si apre il manicomio.

R. U. è un gigante tarchiato e sano come un pesce. Fuochista delle ferrovie, si ruppe una gamba e restò un po' zoppicante. Per questo motivo fu messo a riposo con una pensione di 700 lire all'anno. Secondo lui il computo della pensione era inesatto, perchè gli toccherebbero 40 o 50 lire di più. Protestò, minacciò e pose in istato d'assedio la direzione della So-

cietà ferroviaria, da cui un giorno fu persuaso a sottoscrivere una carta dichiarandosi perfettamente soddisfatto. Fu il suo solo istante di lucidezza... e di debolezza. Pentitosi subito della dichiarazione, consultò successivamente non meno di 20 avvocati per accendere una lite che, indipendentemente dall'atto di rinunzia, mancava d'ogni base. Prima che un così gran numero di consulenti potesse riceverlo, studiare la sua causa e concludere con una ripulsa, passarono tre anni. Il povero facchino in riposo pellegrinava d'ufficio in ufficio e consumava le sue giornate nelle anticamere degli avvocati. Nessun avvocato voleva assumersi il patrocinio d'una causa disperata, ingiusta, dispendiosa e di un'utilità contestabile per l'interessato anche nell'ipotesi improbabile d'un trionfo. Allora R. D., in luogo di rassegnarsi, impugnò di nuovo le armi dei ricorsi e delle violenze, rivolgendole direttamente contro la Società delle ferrovie. Le sue insistenze raggiunsero tali proporzioni, che l'ex facchino fu mandato al manicomio. Sua moglie, donna di statura gigantesca, ma di mente piccina, era a metà convinta che avesse ragione. Giunto al manicomio, fu assoggettato ad un lungo periodo d'osservazione, dopo del quale uscì perchè giudicato innocuo. Passarono altri due anni senza che R. D. abiurasse il suo delirio. La sua condotta era onesta e regolare, com'era stato corretto il suo contegno al manicomio; viveva pacificamente, da buon padre di famiglia, coi proventi della sua pensione. Ma venne il giorno che non fu più in grado di reprimersi, le sue recriminazioni passarono i limiti legali, e in una sala della Società ferroviaria, con un colpo destramente assestato, fracassò uno specchio di qualche valore. Processato, fu prosciolto per pazzia. Da quel giorno R. D., che potrebbe godersi in pace la sua vecchiaia arzilla, rientrò al manicomio; e quantunque sia sempre lucido e disciplinato, non so quando potrà uscirne.

Delìri impersonali. — Questi delìri astratti, che non riguardano la persona del paranoico, ma la filosofia, la poesia, la scienza o l'umanità, si associano in ottima armonia coi delìri precedenti; ma più spesso si presentano isolati senz'alterare i rapporti del paranoico col resto del mondo, senza turbare palesemente il suo giudizio sopra sè stesso, senza precludergli il saggio e proficuo esercizio d'una professione talvolta brillante ed elevata. Tra i paranoici dediti alla lirica, alla metafisica, alla sociologia, alle invenzioni meccaniche abbondano le persone colte, intelligenti e non prive di senso pratico nel commercio con gli uomini e nell'amministrazione dei propri averi: sono i *mattoidi* di Lombroso. Qualcuno riesce a passare per un erudito, per un solitario, per un pensatore anzichè per un pazzo. Ma questi mattoidi innocui sono schiavi d'un preconcetto come tutti gli altri paranoici. Come gli altri paranoici amano i simboli, i neologismi, il dogmatismo; e ancorchè non cadano in delìri personali, ondeggiano continuamente tra una dissimulata ambizione e una rudimentale tendenza a credersi perseguitati, se anche ammirati.

Tutti i *mattoidi* sono scrittori; pubblicisti, polemisti, poligrafi. Delle loro opere si potrebbe formare una biblioteca omogenea e interessante al massimo grado. I libri dei mattoidi si riconoscono subito ad una quantità di contrassegni esterni ed interni. Tra i contrassegni appariscenti, il ritratto

dell'autore in posa inspirata, l'edizione clandestina, la prolissità del titolo, una serie di dediche che si seguono e si neutralizzano, le citazioni di altri autori mattoidi, l'estrema varietà dei caratteri tipografici, la mescolanza di versi e di prosa, le illustrazioni grottesche, la mancanza d'indice, il prezzo temerario del volume. Tra i distintivi essenziali di questi libri, si deve notare la loro inutilità, l'indole trascendentale del soggetto, l'assurdità dell'argomentazione per mezzo di formule geometriche, di paralleli storici, di derivazioni etimologiche in quesiti di natura astratta, la creazione di assiomi falsi e contraddittori, l'abbondanza di luoghi comuni vantati come idee nuove, l'oscurità e la magniloquenza dello stile, l'orgia delle metafore, dei neologismi, dei simboli e del misticismo, la puerilità dell'insieme.

Tito Livio Cianchettini, morto pochi anni fa in stato d'onesta indigenza e di serena vecchiaia, fu un mattoide celebre in tutta Italia. Era il 1871 quando lanciava per le strade di Milano il primo numero del suo *Travaso delle idee*, ragione e principio della sua fama. Io lo ricordo ancora, all'ingresso del Liceo Parini, dov'ero scolaro, mentre attendeva di buon mattino il nostro arrivo a frotte. Alto, esile, silenzioso, riservato, niente importuno, niente accigliato, niente scortese, pareva piuttosto un asceta di buona pasta che uno strillone. Certamente era uno strillone *d'élite*: il suo giornale non costava che due centesimi, e non c'era pericolo che Cianchettini non rendesse il resto a chi gli dava un soldo o più; anche se gli si offrivano con buona grazia, non accettava regali, ma li respingeva con semplicità garbata. Il suo contegno serio disarmava i motteggiatori, e Cianchettini fu sempre rispettato.

Il *Travaso delle idee* era un giornale di *metafisica politica*, di piccolo formato, stampato a mano. Sul margine d'ogni pagina, nelle quattro direzioni, ricorreva una cornice d'aforismi, la più gran parte originali e non privi di sapore; e questa cornice formava ciò che Cianchettini chiamava modestamente il *contorno del piatto*. Distributori, amministratori, stampatori, compositori e redattori del *Travaso* si compendiavano tutti nell'unica persona di Tito Livio Cianchettini. Chi era quest'uomo? Che scopi aveva? Come si proponeva di raggiungerli? Tito Livio Cianchettini era un povero diavolo di garzone fornaio, s'era istruito da sè; s'era arruolato tra i garibaldini; e viveva con una sorella attempata, amabile e mite come lui, in una cameretta del corso Garibaldi, il quartiere più plebeo di Milano. Le sue opinioni erano fortemente impregnate di comunismo; ma si libravano tant'alto nelle regioni dell'ontologia, che non se ne sentiva l'aroma sovversivo. Il testo del *Travaso* era denso di proposizioni oscure; a Tito Livio Cianchettini, come a Gesù Cristo, piacevano molto gli *apologhi*. Era poco indulgente coi signori; li chiamava i *lupi tenenti*; e i poveri erano le *pecore tenute*. Fra i lupi e le pecore accadevano scene interessanti e dialoghi curiosi, di cui spesso sfuggiva l'arcano significato: i lupi erano anche *capezzatori* e le pecore *capezzate*. Tito Livio Cianchettini amava molto gli enigmi ed anche i contrasti. Accanto all'aneddoto satirico, un po' ingenuo, leggermente triviale, spargeva i fiori del suo stile aulico, inspirato ad un idealismo spiritualistico, confuso, sterile d'applicazioni. Benchè non privo di acume e di cognizioni disordinate, il fondatore del *Travaso* era rimasto ignorante e commetteva

errori di grammatica. Le sue idee, prese una per una, non mancavano d'una certa elevatezza filosofica, qualche volta erano espresse nobilmente e non senza chiarezza; ma peccavano nella coordinazione. Tito Livio Cianchettini saltava spesso di palo in frasca, e qualche volta era impossibile capirlo.

Ciò che vi è di più singolare nella vita di Tito Livio Cianchettini è la sua costanza. Vero don Chisciotte del giornalismo, in mezzo alle più dure strettezze, perseverò nella pubblicazione del suo *Travaso* per venticinque anni di seguito. Si ammalò, gli morì la sorella, rimase più volte senza danaro, e il *Travaso* tacque momentaneamente, ma superò le sue crisi e non morì che con lui. Pochi anni prima, mi pare verso il 1893, Cianchettini, vecchio e povero, aveva avuto il coraggio di trasportare a Roma le sue tende. Alla capitale il *Travaso* doveva attingere fortuna e autorità per diffondersi in Italia. Ma il tentativo fallì: nessuno leggeva il *Travaso*, pochi lo comperavano per compassione. Nondimeno lo conoscevano tutti, almeno per fama; ed un giornale quotidiano di Roma, con intenzione umoristica, volle adottarne il titolo. Così avvenne che Tito Livio Cianchettini morì dimenticato all'ospedale; morì anche il *Travaso*, confondendo le sue rovine con quelle della *metafisica politica*; ma il nome del *Travaso* sopravvive nel giornalismo quotidiano di Roma immortale.

La potenza intellettuale dei mattoidi, il legame delle loro idee, la loro istruzione e il credito di cui godono nel mondo variano da un caso all'altro. Dopo il 1870 un mattoide tipico, Francesco Coccapieller, fu per due o tre anni l'idolo dei Romani. Era figlio d'una guardia svizzera del Papa, cavallerizzo, autodidatta, inventore brevettato d'un freno per le carrozze, pubblicista e fondatore del *Carro di Checco*, giornale quotidiano; per una legislatura fu, con grave scandalo, deputato di Trastevere, e morì in miseria. CESARE LOMBROSO lo paragonò a Cola da Rienzi. Vi furono mattoidi sulle cattedre universitarie e in Senato, ve n'è un certo numero, sempre, nel ceto medico. Fu appunto un medico quel G. Mazzoni che pubblicò un volume sulla *Fisica sistemica* e credeva d'aver inventato la *elettricità gastro-termica*. Un altro medico, suo ammiratore e seguace, lo cita ripetutamente nella sua *Guida al medico pratico*, dove insegna a qualificare le malattie per mezzo di termini e a considerarle come varietà e gradazioni di *squilibri luminosi*; questo audace innovatore, che chiamava la nefrite col nome di *spleno-peritonite*, non mancava di clienti nelle alte classi sociali. Un collega di costoro, che esercitava con plauso la medicina nella provincia di Udine ed era spesso consultato in materia di pubblica igiene, attribuiva la pellagra all'azione di funghi velenosi annidati nei soffitti delle capanne o, com'egli si esprimeva, delle capanne, e per sostenere questa tesi scrisse libri ed articoli in giornali medici e politici. Presso Bologna visse lungamente un conte Mattei, che aveva fondato le *Istituzioni d'elettricità vegetale*, vendendo rimedi nuovi e facendo buoni affari: tanto che morì milionario. Questi mattoidi altolocati furono segnalati con coraggio, con verità e senza complimenti da CESARE LOMBROSO.

Molti anni fa l'editore Zanichelli aveva messo in commercio un'opera dal titolo promettente: *Luce e cervello*, che trattava di *antropofotologia* e di *teofotologia*. Ogni fenomeno dell'universo vi era ridotto a manifestazione di luce: donde il nucleo d'una nuova scienza, la *psicografia*, che aveva offerto materia ad una pubblicazione precedente, lodata per le stampe da filosofi di cartello (metafisici, s'intende). In questo libro erano raffigurati i vari stati dell'anima con disegni simbolici aggiunti al testo e che costituivano la *simbologia*: l'anima era una vergine con una stella in fronte, e la si vedeva in piedi, a letto, con gli occhi aperti o chiusi, in vari atteggiamenti, secondo le occasioni.

È da notarsi la parentela ideale tra la pantofotologia del filosofo e gli equilibri luminosi del medico. Vi è una somiglianza non meno straordinaria fra le teorie di due neo-alchimisti che si resero celebri in Italia, ma in epoche e provincie differenti per la reale abilità delle loro preparazioni industriali. L'uno, certo cavaliere M..., pretendeva di *metallizzare* i corpi organici (foglie, cuoio, capelli), cioè di convertirli in metalli, mentre con un processo accurato di galvanoplastica si limitava a spalmarne la superficie, e dopo questa scoperta invano magnificata morì in mezzo al rimpianto di tutti i giornali italiani, che rimproverarono al governo ed alla patria d'aver lasciato in abbandono un inventore di genio. L'altro neo-alchimista, precursore del cavaliere, fu il famoso Segato, che s'illuse di petrificare i pezzi anatomici; il suo non era che un talento d'imbalsamatore, ma vi sono ancora Inglesi ed Americani che, passando per Firenze, s'interessano ai suoi inutili preparati e vanno ad ammirarli nei musei. Il cadavere di Segato fu sepolto nel chiostro di Santa Croce con un'epigrafe apologetica in ottimo latino.

Per queste coincidenze di pensiero, per gli elogi di cui i mattoidi si gratificano fra di loro, per la tendenza infrenabile che li spinge ad introdurre la matematica in psicologia, la meccanica nelle scienze morali e la metafisica dappertutto, si potrebbe quasi ammettere l'esistenza d'una scuola paranoica di filosofia, scuola un po' volubile e incerta, ma non priva di tradizioni e di carattere, cui manca soltanto uno storiografo.

Neologismi. — I neologismi dei paranoici si distinguono abbastanza bene non solo da quelli dei normali, ma anche dalle neoformazioni verbali dei neurastenici e dei pazzi propriamente detti. Essi permettono dunque, oltre alla diagnosi generica di pazzia, anche una diagnosi differenziale. Tra i pazzi i più infaticabili fabbricatori di nuove parole sono i dementi precoci; ma i loro neologismi sono numerosi, talvolta fino a formare una specie di gergo individuale, sono spesso futili, amorfi ed insensati, perchè applicati ad oggetti senza importanza affettiva, nè

carono terra e non tornarono a bordo. Il piroscafo proseguì con due passeggeri di meno; e G. L. proseguì col piroscafo, ma senza il becco d'un quattrino. Ebbe varie peripezie e fu rimpatriato a spese del governo italiano. Pensò che il tiro giocatogli fosse organizzato dalla moglie o piuttosto dai suoi amanti, che da quel giorno in poi apparvero alla sua fantasia come gli artefici di persecuzioni svariate, crudeli e sempre più sapienti. Il pover uomo si diede al vino e ai liquori, divenne anche allucinato. La notte temeva d'esser assalito dai nemici; di giorno credeva che nelle strade lo canzonassero. Qualche volta gli pareva di sorprendere in flagrante i più audaci, e reagiva violentemente. Fu ricoverato al manicomio. Per molti anni vide di malocchio i medici e gli infermieri; poi, col mutar delle persone e delle cose, cominciò a ricredersi. Fu occupato nei lavori dello stabilimento, ottenne compensi, elogi e piccoli privilegi che lusingavano il suo amor proprio. Da allora fece forza a sè stesso per reprimersi; si convertì all'anti-alcoolismo, cessò di investire, durante le veglie notturne, i presunti nemici; si affezionò al manicomio. Infine, dopo vari mesi d'esperimento, domandò la libertà e la promessa di essere impiegato nello stabilimento come falegname. La sua domanda fu esaudita: G. L. è libero, ignora dove sia andata a finire sua moglie, non si ubbriaca ed è un ottimo operaio. Del suo delirio di gelosia e di persecuzione non c'è più nessuna traccia; e siccome G. L. non è nè diffidente, nè vanitoso, vi è da scommettere che non ha più nessuna voglia di ricominciare.

Così la vita dei paranoici, in luogo di svolgersi come una progressione di follie con un epilogo tragico, può scorrere pacificamente con periodi di indifferenza o di tregua e terminare nel crepuscolo d'un durevole ravvedimento.

TRATTAMENTO DELLA PARANOIA.

Appunto perchè la paranoia non è una vera malattia, ma un'anomalia intellettuale, il medico dovrà evitare per quanto è possibile di dare giustificazione e alimento al delirio con inutili allarmi. Il manicomio non è un ambiente adatto ai paranoici: nella loro lucidezza essi sentono tutta l'enorme distanza che li divide intellettualmente dai pazzi. L'alienista che che non si accorge di questa incompatibilità si mette al disotto del paranoico. Tuttavia qualche volta, per salvare le famiglie dalle intemperanze dei paranoici, bisogna ricorrere al manicomio in mancanza di meglio, e i paranoici diventano lustro e decoro del riparto destinato ai più civili, ai più composti, ai più lucidi dei ricoverati. Si può tentare la conversione con franchezza non disgiunta da deferenza. Ma questo risultato sorride soltanto a chi sa aspettare con pazienza e farsi umile dinanzi alla superbia paranoica. Se non si raggiunge la conversione, si potrà insegnare al paranoico la dissimulazione a titolo di consiglio amichevole, dimostrandogliene i vantaggi pratici. Qualche volta il paranoico segue il consiglio senza dirlo al medico; e lo segue così bene, che il medico crede alla resipiscenza dove non è che un'utile dissimulazione. Che importa? purchè la dissimulazione continui.

CAPITOLO XXV.

L'imbecillità

Secondo la psichiatria tradizionale l'imbecillità era la sorella minore dell'idiozia. L'una e l'altra non esprimevano che due gradazioni d'una medesima psicopatia e il ceppo comune era l'insufficienza spontanea dello sviluppo mentale. Qualche volta, in via d'eccezione, ma non fra gli idioti più che fra gl'imbecilli, si ammetteva che l'agenesia, invece d'essere ereditaria, fosse provocata da traumi o da altre cause individuali e precisabili che agivano con equivalenza di risultati nella prima infanzia o nella vita fetale. Gl'idioti, non tanto impediti da cause estranee quanto inetti per conto proprio a entrare in relazione col mondo, privi di favella, infimi rappresentanti dell'intelligenza umana, erano condannati in anticipazione a vegetare con la sola scorta d'una coscienza rudimentale; gl'imbecilli, fermi ad una fase ulteriore, dotati d'un linguaggio più o meno completo, stavano al penultimo posto della degenerazione, ma sulla stessa linea di prospettiva, senza discontinuità di sintomi, nè di patogenesi.

Oggi la psichiatria clinica, per opera di Voisin, Morselli, Sollier, Bourneville, König, De Sanctis, studiando meglio i deficienti e da un punto di vista superiore al puro empirismo psicologico, ha scomposto quest'unità artificiale. Il concetto di un'aplasia armonica e spontanea, come conseguenza della degenerazione ereditaria, non si attaglia che a pochi casi per lo più assai miti, dove la deficienza mentale è accompagnata da un certo grado di pervertimento. Possiamo, utilizzando la vecchia nomenclatura, mantenere ai deficienti di questa specie il titolo d'imbecilli, a patto che non presentino nemmeno le tracce d'una cerebropatia pregressa. A tutti i deficienti che non rientrano nel quadro della degenerazione mentale, ma in quello delle cerebropatie infantili, riserviamo il nome d'idioti senza badare al grado talvolta minimo della loro deficienza.

In questo senso noi diremo che l'imbecillità è congenita, mentre l'idiozia è acquisita, sia pure ai primi albori della vita. L'imbecillità, più

tosto che una malattia, è un'anomalia mentale e non disturba gran che né lo sviluppo generale del corpo, né le funzioni nervose d'ordine inferiore. L'idiozia è il reliquato di processi anatomo-patologici che conducono ad una gliosi più o meno generale e che si manifestano clinicamente con irregolarità caratteristiche del movimento, del trofismo, della sensibilità e dell'intelligenza, ma non sempre gravi, né multiple; anzi talvolta così attenuate e così localizzate, da lasciare ad un buon numero di cerebropatici maggiore intelligenza che agl'imbecilli e persino la perfetta integrità della mente. Questi cerebropatici di mente integra, per quanto poi o meno malconci dal lato dell'attività muscolare, non appartengono certo alla psichiatria, ma alla nevropatologia: essi hanno il diritto di ripudiare il nome d'idioti ed ogni rapporto di colleganza anche lontana con gl'imbecilli. Restano in psichiatria i cerebropatici idioti, ma a mille miglia dai degenerati in genere e dagl'imbecilli in specie.

I due quadri clinici sono dunque agli antipodi per un sostanziale contrasto d'origine e di natura che si riverbera, come vedremo, anche sulla qualità delle manifestazioni psichiche: sulla qualità meglio che sul grado. Di qua i deficienti-imbecilli o di razza, spesso un po' pervertiti, ma alacri, sani e solo mentalmente imperfetti; di là, nella serie dei cerebropatici, un forte gruppo di deficienti-idioti, non pervertiti, con gradazioni illimitate d'incapacità intellettuale, ma infermi o sopravvissuti a gravissime infermità dell'infanzia e ciononostante fiancheggiati da altri cerebropatici di mente in tutto normale.

MANIFESTAZIONI CLINICHE.

Le manifestazioni necessarie dell'imbecillità sono puramente psicologiche; ma può darsi che alla deficienza mentale si associ qualche stigma di degenerazione antropologica e che l'arresto dello sviluppo psichico si duplichi con l'arresto dello sviluppo somatico. Altre irregolarità, o, per dir meglio, imperfezioni delle funzioni motrici e sensitive non sono che l'eco indiretta dell'insufficienza mentale.

Aspetto degl'imbecilli. — L'incoscienza della loro anomalia e il benessere di cui godono infondono agl'imbecilli un sentimento di baldanza che spesso traluce nella loro fisonomia; la loro parola è rapida, la gesticolazione abbondante, la mimica mobile ed accentuata. Talvolta gl'imbecilli ostentano una prontezza d'azione che inganna sul valore della loro intelligenza; e non è raro il caso di vederli infervorati nell'attuazione d'un programma che non hanno capito. Nelle scuole inferiori l'imbecille è sempre il primo ad assentire col capo quando la lezione è più astrusa;

la sua faccia è spesso grottescamente intenta alle spiegazioni del maestro, ma cambia in modo fulmineo d'espressione al semplice volar d'una mosca. Durante un'adunanza tecnica in cui le mie idee sul governo dei manicomi erano vivamente combattute, io osservavo con interesse l'agitazione mimica di un imbecille adulto che approvava risolutamente i miei avversari quando i loro argomenti erano più stentati e confusi; a un certo punto applaudì un lapsus linguae; e in un altro momento si schierò con impegno in favore d'una proposta che era politicamente contraria alle sue credenze ardentemente religiose.

Gl'imbecilli, appunto perchè sono sani e senza pensieri, hanno un aspetto allegro e spesso piacente. La carnagione rosea e vellutata, gli occhi a fior di testa, lo sguardo sereno, la fronte senza grinze, il sorriso diffuso sulla faccia leggermente meravigliata si possono considerare come segni di puerilità corporea, e cospargono di grazia infantile una fisonomia poco solcata dalle emozioni, rispettata dalle malattie, liscia come lo specchio d'un lago. Vi sono, è vero, anche gl'imbecilli sediziosi che fanno pompa d'una fierezza teatrale; e gl'imbecilli gravi che sembrano affaccendati come se pesasse sulle loro spalle la responsabilità dell'universo; e i maliziosi che vi giuocano un tiro birbone; ma un fondo incancellabile di fatuità ammorbidisce l'espressione dei sentimenti aggressivi o solenni o petulanti.

Stigme anatomiche di degenerazione. — Prescindendo da possibili, ma finora ignote imperfezioni del cervello e degli elementi nervosi, che a priori dovrebbero consistere in una certa povertà di ramificazioni dendritiche o di fibrille, povertà tutt'altro che facile a provarsi (per determinare l'imbecillità non occorrono, anzi sono da escludere lesioni ed anomalie macroscopiche), gl'imbecilli possono presentare qualche stigma di degenerazione somatica che conferma la natura degenerativa della deficienza mentale (senz'esserne nè la causa, nè l'effetto) in virtù d'una semplice correlazione.

Queste stigme anatomiche non sono numerose, nè gravi, nè costanti, nè deformanti, e bisogna togliere dal mazzo quelle irregolarità ed anomalie (del resto rare nell'imbecillità) che non hanno un significato atavico o degenerativo, ma semplicemente atipico e patologico. Un'anomalia d'origine schiettamente patologica è p. es. la plagiocefalia, e la sua presenza, lungi dal sanzionare la diagnosi d'imbecillità, deve suggerirci il sospetto di un'idiozia acquisita, ossia d'un processo precoce di cerebropatia. La rachitide, l'acondroplasia, la sifilide ereditaria, che sogliono portare larghi contributi di bruttezza al corpo senza deformare l'intelligenza, possono bensì trovarsi in compagnia dell'imbecillità, ma per pura combinazione.

Tra le anomalie visibili del corpo sono veramente degenerative e abbastanza comuni nell'imbecillità le seguenti: fronte bassa e fuggente (fig. 136 e 137), seni frontali assai pronunciati, occhi piccoli. Il prognatismo, il progeneismo, le anomalie dentarie, la meschinità della statura, la mano pitecoide non sono frequenti.

Percezione. — Gl'imbecilli sono facili a distrarsi e pronti a percepire le impressioni esterne. La loro rapidità di percezione è frutto dell'attenzione passiva, che è vigile e precisa come negli animali, ma poco idonea a trasformarsi in attenzione continuata e volontaria verso un obiettivo prestabilito. Dalla prontezza di percezione provengono all'imbecille più danni che vantaggi: risoluzioni avventate, osservazioni imprudenti, conclusioni sbagliate e un concetto immodesto della propria personalità. Negli esperimenti di psicometria gl'imbecilli fanno talvolta un'ottima figura: la loro equazione personale rivela una velocità di reazione superiore a quella dei normali.

Fig. 138. — Imbecille con linguaggio completo, statura normale, cranio piccolo, fronte fuggente, fisionomia atteggiata a stupida meraviglia davanti al mistero della macchina fotografica.

Sensibilità. — Io credo che il fenomeno più notevole d'insensibilità sia negl'imbecilli l'assenza *dello schifo*; essi l'hanno comune con gl'immorali e come gl'immorali ne menano vanto o ne traggono lucro. La mancanza di schifo più che la libidine li rende facile preda alla seduzione, e non poche tra le prostitute d'infima classe sono imbecilli di mite carattere senz'ombra d'epilessia, nè di malvagità. Lo stesso si dica di certi pederasti passivi.

Un quesito più oscuro è quello dell'ipoalgesia. Malgrado gli strilli con cui reagiscono ad un lieve stimolo doloroso, pare che questa categoria d'anormali sia soggetta all'ipoalgesia più delle altre. Non solo il fatto subiettivo del dolore, ma anche il fatto obiettivo della contrazione mu-

scolare si manifesta, sotto l'azione di correnti faradiche, solo agli stimoli più forti di quelli che bastano a provocare il dolore e la contrazione muscolare nei normali. Gl'immorali della categoria insensibile non sono sempre così tetragoni agli eccitamenti dolorifici. Ma è agli idioti cerebropatici che va assegnata la palma dell'analgesia, non agl'imbecilli. Gl'imbecilli sentono squisitamente la fame e la sete. Quanto alle forme di sensibilità specifica, non lasciano nulla a desiderare. In tutto ciò rassomigliano ai selvaggi ed ai bambini.

Fig. 167. — Imbecille [illegible] con [illegible] sviluppo somatico, scheletro regolare e nessun segno di cerebropatia.

Affettività. — Il carattere degl'imbecilli è quello dei ragazzi. *Cet âge est sans pitié*: fischiare nelle orecchie d'un cane, legare una scatola di latta alla coda d'un gatto, strappare le zampe a un insetto, sono divertimenti prediletti per un imbecille, che nondimeno potrà affezionarsi al cane o al gatto di casa, allevare canarini e marmotte con diligenza e abilità, passare la sua giornata nella stalla come fra camerati. La crudeltà degl'imbecilli non è dunque che una prova della loro leggerezza. Essi non si comportano meglio nella stretta cerchia della famiglia: ridono se il nonno cade malamente per terra, guardano con curiosità mista di compiacenza il fratellino che piange, si rassegnano con la più candida ingratitudine alla partenza o alla morte dei genitori, non rifuggono da scherzi macabri, da calunnie, da vendette, purchè se ne presenti l'occasione e non occorra premeditazione, nè sforzo; eppure, sono teneri, carezzevoli, pieni di moine

quando desiderano regali od elogi. La loro *puerilità* d'affetti non cessa col l'andar degli anni. Gl'imbecilli, come i fanciulli, sono assai sensibili all'invidia che li trasporta al male, ma anche all'amor proprio, che è il lato sano dell'invidia e che, opportunamente coltivato, può indirizzarli al bene.

L'amor proprio degl'imbecilli confina spesso con la *vanità*, che nei normali fa un'apparizione effimera tra i 12 e i 15 anni, ma si trasforma o impara a nascondersi dopo la pubertà e non alligna affatto nell'infanzia. Mentre l'immorale ostenta in qualunque età una eleganza e virile indifferenza al plauso come al biasimo delle autorità costituite, l'imbecille non sa reprimere un sorriso di gioia, uno sguardo di trionfo, una fregatina di mani, quando sente il mormorio d'ammirazione pietosa o ironica che accompagna le sue risposte. L'ebbrezza dei suoi successi scolastici e l'esempio dei normali lo conduce a tentare la via della gloria anche dopo i vent'anni o con l'impertinenza o con *fotografie stereoscopiche* o con saggi d'imitazione per cui dimostra non di rado un certo talento. Tutte queste inclinazioni appartengono alla psicologia puerile, e la loro persistenza in età adulta è un segno squisito d'*infantilismo* parziale.

Il talento dell'imitazione, il gusto della finzione scenica e l'ambizione di primeggiare almeno in commedia inducono spesso l'imbecille a investirsi d'una parte eminente. È un vero giuoco a cui si abbandona con tutta la foga della sua misera fantasia, illudendosi d'essere diventato davvero il personaggio che va rappresentando. Anche il bambino normale crede, cavalcando alla meglio sopra una seggiola, di passeggiare a cavallo. E l'imbecille, convinto o semiconvinto della propria importanza, scruta con severità la gente che passa, permette o proibisce l'accesso con gesto breve e sicuro, provvede mimicamente a ciò che insorge di nuovo, ma non prima che vi abbiano provvisto effettivamente gli altri: è l'uomo d'ordine, il facchino, la sentinella dello stabilimento, il direttore, l'ispettore, il capo del riparto. Qualche volta il suo giuoco è inspirato al più schietto realismo. Si vedono imbecilli che tastano il polso d'un vero malato con gravità meditabonda, che in abito e in funzione effettiva di chierici impartiscono benedizioni di episcopale mellifluità; che attendono di trovarsi in piazza d'armi davanti a reggimenti di soldati per comandarne le evoluzioni con occhiate non viste, ma sature di prodezza militare; che con un cenno concitato ficcano in cella di sicurezza il pazzo inviperito che ha messo in subbuglio la camerata ed è già fra le braccia di due infermieri; sono essi che danno il segnale della visita medica quando è cominciata; essi che assestano il colpo decisivo per alzare un carico, per apparecchiare la tavola, per trasferire la comitiva in giardino. Talvolta non sanno leggere, ma tengono gli occhi fissi sul giornale o sul

libro, sfogliandone ritmicamente le pagine per destare l'ammirazione degli spettatori. Un imbecille che aveva vissuto in una casa di salute gli anni della sua adolescenza e credeva d'esserne l'anima, si era così immedesimato nella sua illusione, che un giorno si presentò alla porta del collegio dov'era indisposto un giovanetto di sua conoscenza, dando ad intendere d'essere un medico di fiducia inviato dalla famiglia, e riuscì a passare per un laureato di fresca data, anzi per un assistente di quel sanatorio. Ma non abusò dell'equivoco, limitandosi a prescrivere un purgante che forse non era inopportuno.

Negl'imbecilli non è rara la *collera* che si estrinseca con atti di comica minaccia, di dispetto puerile ed anche d'incredibile veemenza o di crudeltà raffinata. Si vedono imbecilli non più giovani e impotenti a rappresaglie più gravi gettarsi a terra urlando, sputando e proiettando calci nell'aria. Gl'imbecilli non sono insensibili all'erotismo, mostrano persino di possedere un criterio di scelta e spesso onorano della loro predilezione incorrisposta la più bella ragazza del paese, o, se sono donne, il giovane più brillante e più ricco; non rifuggono dalle dichiarazioni amorose, dalla violenza e dalla profferta del proprio corpo. I loro amori sono privi di sentimentalità: più che la tenerezza vi si scorge la mancanza di pudore e la vanità.

Nel volto degl'imbecilli si dipinge spesso la *meraviglia*, ma la riservano ai casi più semplici e conoscono l'arte di reprimerla, almeno fino a un certo punto, per non sembrare ingenui: la bocca semiaperta è un atteggiamento classico di questi deficienti (fig. 136 e 137). Davanti ai fatti veramente meravigliosi l'imbecille rimane invece impassibile, o perchè non capisce, o perchè ha paura di perdere il suo prestigio, o perchè crede d'aver trovato una buona occasione di mostrarsi superiore agli altri. Le stesse contraddizioni si osservano in quella varietà della meraviglia che è il *terrore*: imbecilli che non farebbero un passo allo scuro possono assistere o prender parte con indifferenza ad una scena di sangue.

Sono comuni fra gl'imbecilli due sentimenti antitetici: la *credulità* e la *diffidenza*. Ma a ben guardare l'antitesi non è che apparente: per mancanza di criterio gl'imbecilli cadono facilmente nell'errore di credere al falso e di diffidare del vero. La lusinga del guadagno, la speranza di passare per astuti, il partito preso, l'incapacità di riflettere compromettono spesso il loro interesse: essi non sanno mai quando debbano accordare la propria fiducia e quando debbano negarla. Una ragazza imbecille che aveva rifiutato un bacio a una parente si lasciò deflorare per due soldi da uno sconosciuto. Un imbecille guardingo che crede alle fate e ai topi parlanti non ammette l'esistenza dei microrganismi, perchè

non li vede e il microscopio non è per lui che una mistificazione. Questa incertezza di criterio rende gl'imbecilli assai accessibili ad ogni sorta di suggestioni, alla pazzia comunicata, ai delirî sistematizzati: la loro credulità li spinge ai delirî ambiziosi, la loro diffidenza ai delirî persecutorî. E così l'anomalia dei sentimenti si combina con la deficienza della mente per generare prodotti di vera e propria pazzia.

Anche lo stato d'animo degl'imbecilli non è sempre uniforme, regolare e piuttosto ilare come si potrebbe supporre *a priori*. La loro vita scorre per lo più senza gioie, senza amarezze e senza forti sorprese, ma non è immune da scosse che possono prendere le proporzioni d'uno *stato di depressione* o d'un *esaltamento* più o meno gravi. Del resto queste oscillazioni del tono sentimentale non sono impossibili nemmeno nella più profonda demenza. Esse dipendono da cause strettamente organiche che alterano la cenestesi, non dagli avvenimenti; ed anzi sembra che gl'imbecilli, nella loro indifferenza agli avvenimenti esterni, siano più esposti a risentire l'influsso dei disordini interni che possono meglio ripercuotersi sopra un cervello vuoto d'attività psichica. Un lieve catarro di stomaco può rannuvolare in permanenza un imbecille felice.

Gli *accessi di depressione e d'esaltamento* assumono nell'imbecillità una frequenza speciale ed è sopratutto caratteristica la loro brevità. Non è eccezionale il ricorrere di vere psicosi periodiche e circolari che non differiscono nei loro sintomi dalle crisi affettive dei non imbecilli, tranne appunto per la loro durata spesso assai ridotta.

Se il debole equilibrio dell'affettività conduce talvolta gli imbecilli alla soglia e oltre la soglia della melanconia, della mania, della psicosi circolare, la povertà di sentimenti altruistici ne fa non di rado dei veri e propri immorali. Si discusse a lungo se esiste immoralità costituzionale senza almeno un'ombra d'imbecillità; ed io credo che la deficienza d'altruismo non abbia bisogno di allearsi con la deficienza di giudizio per acquistare una consistenza clinica. Ma, a parte l'autonomia ormai riconosciuta dell'immoralità costituzionale o pazzia morale, non si può negare che un grosso contingente a quest'anomalia è fornito dagli imbecilli. Gli imbecilli dell'intelligenza sono spesso imbecilli dei sentimenti morali e sociali. Molti criminali, molte prostitute sono puri e semplici imbecilli, che si sono perduti nei bassifondi delle carriere antisociali per mancanza di ogni discernimento e per colpa d'ambiente; ma alcuni di costoro vi sono entrati con discriminazione e di buona voglia per un vero pervertimento dell'affettività parallelo alla deficienza intellettuale.

La bassezza morale degli imbecilli si conferma anche per la loro tendenza alla menzogna. Oltre alle menzogne improvvisate essi ricorrono alla menzogna abituale; ma talvolta finiscono col credere alla verità di

ciò che hanno inventato per millanteria o per interesse. Un altro indizio d'immoralità, certo assai superficiale, sta nella compiacenza con cui si abbandonano alla coprolalia, alle *bestemmie*, alle *ingiurie grossolane*; ma anche queste aberrazioni dell'affettività non sono il più delle volte che l'effetto di un'educazione alla rovescia. Bisogna del resto convenire che gli imbecilli imparano il male più facilmente che il bene (SOLLIER).

Intelligenza. — La *memoria* è tra le qualità intellettuali la più sviluppata negli imbecilli. Si raccontano meraviglie del loro talento mnemonico, specialmente in materia di nomi e di numeri. Ma oltre ad essere unilaterale, la memoria degli imbecilli è infruttifera. Di solito non imparano che a snocciolare automaticamente serie di strade, tutti i paragrafi del codice, squarci di libri, ma sono incapaci di giovarsene a spezzoco e a proposito citando un verso, una disposizione legale o una frase. Questo tesoro di ricordi inservibili sarà forse una ricchezza perchè costituisce una rarità, ma non è un capitale perchè non rende. Fanno eccezione, ma fino a un certo punto, gli imbecilli *calcolatori*: essi utilizzano due sorta di memoria, la memoria immediata dei numeri dati e la memoria capitalizzata dell'abbaco che applicano felicemente alla soluzione d'un quesito aritmetico. Ma al di là dei numeri non vedono le cose, e il quesito che sciolgono non saprebbero porselo. Lo stesso si deve dire degli imbecilli *musicisti*: solleciti a ripetere come pappagalli marcie, ballabili, melodie dal ritmo spiccato, non posseggono nè gusto musicale, nè capacità di comporre. I fasti dell'intelligenza non sono per essi che fasti della memoria. Per quanto salgano in fama e in bravura, sarebbe vano cercare tra questi diseredati un matematico o un artista.

A parte le eccezioni, la grande maggioranza degli imbecilli non ha alcuna attitudine nè all'aritmetica, nè alla musica. Conosco imbecilli che hanno potuto assolvere il servizio militare, prendere moglie, lavorare regolarmente come contadini e che non sanno contare fino a 10. Altri sono in grado di recitare a memoria la tavola pitagorica, ma non di numerare gli oggetti che vedono oltre a un certo limite. Per un imbecille mediocremente musicale ve ne sono almeno dieci affatto amusicali. Non solo le ipermnesie degli imbecilli sono unilaterali, sterili e piuttosto rare; ma esse non hanno sempre una lunga durata. La desuetudine fa scomparire abbastanza presto le traccie dei loro ricordi e invano si cerca di rianimarle quando si approssima la vecchiaia.

La deficienza intellettuale produce causa l'impossibilità di disciplinare l'attenzione. Gli imbecilli non riescono a inibire l'attenzione passiva che gli incidenti esterni provocano in modo incessante a danno del pensiero interiore. Per quanto si interessino al libro, al disegno, all'oggetto che

hanno sott'occhi, non possono astenersi dal dare ascolto alle minime novità che sopraggiungono dal di fuori. Dalla mancanza o piuttosto dalla volubilità dell'attenzione volontaria deriva l'inettitudine all'osservazione coordinata. Le nozioni degli imbecilli sono quasi tutte importate; il loro cervello è un magazzino, non è un'officina; ma un magazzino semivuoto e disordinato di nozioni incomplete, storpiate, mal comprese.

Le *idee generali* che potrebbero servire come una norma direttiva dell'intelligenza sono anch'esse allo stato di semplici imparaticci verbali. L'imbecille non può utilizzarle nè per crearsi nozioni nuove, nè per integrare i frammenti che già possiede. Se l'osservazione diretta della realtà è debole e corta di fiato, l'associazione delle immagini simboliche è ancor più debole e impotente: gli imbecilli non pensano. Ogni avvenimento è per essi un caso nuovo perchè non sanno scorgerne le analogie coi casi precedenti o credono di scorgervele e sbagliano di sana pianta. Coincidendo a caso, le soluzioni errate, che sono indefinite, hanno maggior probabilità d'essere prescelte in confronto alla soluzione giusta che è unica, e gli imbecilli sogliono appunto ricorrere al procedimento spicciativo della prima soluzione che si affaccia loro alla mente. Persino di fronte a problemi aritmetici scrivono con rapidità un risultato qualunque, non ne avvertono l'assurdità e restano pienamente soddisfatti. È difficile che si dichiarino senza opinioni anche in argomenti i più ardui, e non temono di pronunciarsi nè in filosofia, nè in politica, nè in teologia. Le poche proposizioni che conoscono in queste branche di studio dànno loro il coraggio di parlare e di prender partito, e tra gli imbecilli si trovano qualche volta settari accaniti.

Se l'intelligenza è *estremamente debole*, essa rimane improduttiva sotto tutti i punti di vista; e questi infimi imbecilli, per insufficienza di facoltà inventiva, non sono nemmeno capaci di delirare. Ma se la potenzialità intellettuale è poco discosta dalla media dei normali, come pure avviene e non di rado, ciò predispone questi imbecilli superiori ai *deliri sistematizzati* e più specialmente alla *pazzia comunicata*. Gli imbecilli sono i confidenti dei paranoici e diventano i loro tributari in quanto si mettono a professarne ciecamente il delirio per poco che ne capiti l'occasione. Dove il paranoico fa propaganda d'idee mistiche e regna da sovrano o da gran sacerdote, sono gli imbecilli che formano la corte e la maggioranza dei sudditi (JACOBY). Il contagio è favorito dall'affinità di tendenze fra paranoici e imbecilli: ogni paranoico è leggermente imbecille e ogni imbecille è per lo meno candidato alla *paranoia endemica*, se vive in un ambiente isolato e fanatico, per es. in una provincia orientale della Russia. Ma a differenza dei paranoici gli imbecilli sono facili alle apostasie; essi rinnegano una fede che avevano adottato per pura imitazione e rinne-

gano i loro capi appena se ne sono separati. Nelle epidemie di delirio religioso e politico è tra gli imbecilli che si trovano più facilmente le spie e i traditori. La mancanza di critica, la volubilità di carattere, la viltà che li spinge a farsi apostoli e servi del paranoico senza intenderne le teorie li trascina ad arrendersi davanti ad ammonizioni, a lusinghe e a minaccie in senso contrario. La loro intelligenza è del pari insufficiente a un delirio originale e alla resipiscenza spontanea; ma è accessibile alle suggestioni positive e negative degli altri e non avverte quanto vi è d'indecoroso nel repentino abbandono d'un principio.

La causa immediata di questa passività intellettuale è la mancanza d'immaginazione. Se si invita qualcuno di questi deficienti a comporre un disegno, a inventare un racconto, a ideare un avvenimento verosimile, il prodotto della loro fantasia è sempre misero, incompleto, puerile, insensato. Sforzando la memoria riescono a combinare qualche cosa di più coerente che tormentando l'intelligenza (fig. 139). La stravaganza dei loro saggi artistici e letterari non deve scambiarsi per una prova di fantasia. Agli alunni d'una scuola elementare fu dato per tema: « Mario si mostrò sorridente ed ilare dinanzi alla madre, ma nel segreto della sua stanzetta pianse amaramente ». Uno scolaro se la cavò alla lesta, narrando che Mario era andato a trovare i suoi cari cugini per giocare nel prato in compagnia; che, bisticciatosi con loro, ne aveva ucciso uno; che si presentò alla madre e fu sorridente ed ilare; ma poi si ritirò nel segreto, ecc., come nel testo. Ignoro se l'autore del tragico racconto fosse imbecille; ma è certo che così pensano gli imbecilli quando devono uscire dalla falsariga delle cose insegnate, attingendo a una fantasia che non hanno. In realtà essi non creano, ma applicano infelicemente una reminiscenza qualunque. Per convincersene, basterebbe unire insieme dieci imbecilli e dieci ragazzi intelligenti e osservare come svolgono un tema assegnato, ma di fantasia: si vedrebbe che dei dieci imbecilli alcuni non vengono a capo di nulla, altri si mettono subito all'opera, scrivono poche righe senza esitazioni, nè cancellature, e consegnano al maestro nel termine di pochi minuti il loro aborto frettoloso. I primi non hanno idee; i secondi non ne hanno che una e non sospettano nemmeno che se ne possano trovare altre e migliori.

La fantasia è la più calunniata delle qualità intellettuali. I pedanti la considerano come un requisito inferiore d'artisti e di poeti da strapazzo; i vecchi ne attribuiscono una gran ricchezza ai ragazzi e gli Arcadi ai primitivi; gli scienziati impotenti raccomandano a tutti di non abusarne. Costoro credono che l'eccesso della fantasia promuova le aberrazioni mostruose dell'arte, dei sogni e della pazzia. Invece le stranezze artistiche, oniriche e psicopatiche sono sempre dovute alla povertà d'immagina-

zione. Chi immagina una scena, una storia, un personaggio in tutti i suoi particolari e sa trasfondere alla finzione della mente molteplicità d'aspetti, naturalezza di movimento, fatalità di epilogo in modo da emulare la verità che è sempre complessa, coerente e logica, mostra di possedere una vena ben più abbondante di fantasia che non gli artisti, i sognatori e i pazzi dediti a ingrandire grottescamente un lato solo della realtà.

Se gli imbecilli superiori mancano di fantasia nelle manifestazioni artistiche e scientifiche (gli scettici sono sempre nemici delle ipotesi), gli imbecilli inferiori ne sono privi anche nella visione della vita ordinaria. Questa lacuna è provata dalla loro indifferenza agli affari pubblici e dalla spensieratezza con cui affrontano l'avvenire anche in rapporto ai propri interessi personali. Perchè l'affrontano? Perchè sono incapaci di rappresentarselo. La morte inevitabile dei genitori che provvedono al loro sostentamento, l'insuccesso in ogni carriera, l'indigenza, l'impossibilità di crearsi una famiglia, lo spettro della vecchiaia in un asilo di beneficenza sono eventualità che non preoccupano affatto l'imbecille soprattutto perchè non le pensa. Il suo orizzonte è chiuso tra ieri e domani. Basta interrogare un imbecille, anche il più lucido, sui suoi progetti, sulle sue previsioni, sulle sue speranze per accorgersi che non ne ha alcuna. Se pure ha un programma, è uno solo, ma poco realizzabile, mal determinato e d'una estrema semplicità, quello di divertirsi, di far debiti, di continuare nel tenore di vita che, metà per obbedienza e metà per elezione, aveva seguito fino a quel giorno.

Questa cecità del futuro fa dell'imbecille, quando sia nato fra gli agi e viva tra gente che si diverte, un impavido distruttore di patrimoni. Ma non sempre: vi sono imbecilli parsimoniosi, misantropi, devoti che accumulano risparmi e legano sostanze colossali a beneficio di chi sa circuirli. Anche qui la povertà della fantasia preclude al pensiero ogni programma all'infuori di quello ammannito dalle circostanze e non sa suggerire nulla che s'allontani dall'uniformità dell'ambiente quotidiano. Uno di questi imbecilli giudiziosi mi chiamò perchè voleva istituire per testamento un ospedale nel suo castello, ma senza dotarlo d'alcuna rendita fissa, nè indicare come doveva essere amministrato; un legato di 1000 lire doveva poi bastare per le spese d'un concorso internazionale tra scultori e per conferire il premio, auspice il sindaco di Roma, a chi avesse più felicemente copiato in marmo la testa del Cristo dipinta da Leonardo e tutt'altro che adatta a servire di modello a scultori perchè mal conservata, destinandola a corredare il mausoleo del testatore. Ricusai di redigere l'attestato d'integrità mentale che mi veniva chiesto come parafulmine, quantunque sapessi che il cliente da preservare viveva solo e

pazzamente senza che vi fosse mai stato la necessità d'interdirlo, nè di inabilitarlo. Ma è probabile che il suo testamento, raffazzonato un po' meglio, abbia potuto meritarsi la collaborazione ufficiale d'un notaio e il preventivo nulla osta di qualche altro medico.

Infatti la legge rispetta, in materia civile, la libertà di tutti, anche degli imbecilli, purchè non siano deliranti, nè criminali, nè pazzamente prodighi. L'imbecille è padrone di spendere i suoi averi come più gli piace, basta che non intacchi di proposito il capitale; e può esercitare l'autorità di marito e di padre nel modo più ottuso possibile, basta che non offenda le norme molto larghe del codice penale. Il legislatore non proibisce il matrimonio all'imbecille che potrà con l'esca della ricchezza sposare una giovane timida e intelligente, tiranneggiarla, spegnere le sue iniziative, rinchiudere i figlioli in istituti d'educazione settari, impedire alle figliuole per motivi futili ed egoistici d'accasarsi e d'istruirsi. Finchè nel bilancio domestico il dare è al disotto dell'avere, cosa assai facile ai ricchi frugali od avari, la capacità civile dell'imbecille è inoppugnabile.

Un grado minimo di deficienza intellettuale può condurre a quella invalidità relativa che TONNINI chiama efficacemente col nome d'*imbecillità sociale*. L'imbecille sociale, che nella vita del proletariato campagnuolo o nell'ambiente della borghesia agiata potrebbe passare per normale, si trova impari alle lotte, alle fatiche, alle difficoltà della concorrenza, non sa conquistarsi l'impiego per quanto umile che gli occorre per nutrirsi o non è in grado di conservarselo; e così diventa un parassita rassegnato della famiglia o della beneficenza pubblica.

Movimenti. — Nessun movimento è materialmente impedito nell'imbecille, le cui vie nervose sono integre e libere in tutta la loro estensione; ma l'incesso è privo di disinvoltura, talvolta un po' lento e incerto (MORSELLI e TAMBURINI). È ben difficile che uno di questi deficienti, anche se dotato di grande robustezza e resistenza muscolare, sia abile nella corsa, nel nuoto, nel ballo, nella scherma, nella ginnastica, nei mestieri manuali e nel canto. Dal modo con cui cammina, impugna il bastone, si leva il cappello, corre, si ferma, contempla estatico una vetrina, sfoglia un libro col naso all'aria, si rivolta a un passante che l'ha urtato, domanda l'indicazione d'una strada, sempre fra timido e spavaldo, non è difficile indovinare a colpo l'imbecille; e lo sanno i tagliaborse. I suoi atti, come quelli dei bambini, portano il marchio d'un perpetuo noviziato, non sono ancora emancipati dalla tutela (più imbarazzante che agevolante) della coscienza, e non acquistano mai la sicurezza, la speditezza, la sinergia che accompagnano l'automatismo. Nei movimenti coordinati

e complicati dell'imbecille si vedono le esitazioni, le imperfezioni, le incoerenze che rendono così impacciati, ma per pochi giorni e sotto l'azione d'una ragionevole modestia, i coscritti di campagna.

Pronuncia, intonazione della voce, linguaggio e scrittura. — Come nel cammino, la natura difettiva di quest'anomalia mentale si rivela molto di spesso nella *pronuncia*. Per insufficienza non tanto d'educazione quanto di educabilità muscolare e nervosa, l'articolazione di certi suoni riesce incompleta e viziata alla maniera infantile. I suoni più compromessi sono le lettere *r*, *s*, *f*, *z* (v. a pag. 228). Non è infrequente la *balbuzie*. L'infanzia è l'età dei *tic* e la balbuzie, che è un tic verbale, invece di correggersi col sopravvenire dell'adolescenza, può cristallizzarsi nell'imbecille adulto per un arresto parziale dell'innervazione psicomotoria. Questi difetti di pronuncia che sono comuni anche ai cerebropatici si possono correggere coll'applicazione di metodi pedagogici; ma la correzione è più facile negli idioti cerebropatici anche di grado profondo che negli imbecilli per solito disattenti, indisciplinati e dimenticosi (Sollier).

L'*inflessione della voce* è spesso puerile e scolastica. Per accertarsene, il più delle volte basterà interrogare l'imbecille in tema di morale, di religione e di storia; ma se non bastasse, bisogna cimentarlo nella *lettura ad alta voce*. Le frasi sono lette a scatti, con grande precipitazione e con brevi pause respiratorie che non corrispondono al senso; l'intelligenza è assorbita nella materialità della lettura e affatto incapace di riassumere a libro chiuso nemmeno una minima parte di ciò che ha letto. Anche il canto degli imbecilli ha il carattere della puerilità: può darsi che sia intonato e perfettamente a tempo, ma assume spesso una forma *semi-parlata*, come d'una melopea o d'un recitativo, e non raggiunge quella piena sonorità musicale che è propria dei cantori adulti, consapevoli e commossi. In altre parole, gli imbecilli sono un grado al disotto del canto inespressivo, nella fase intermedia tra il canto e la declamazione musicale: la loro intonazione è corretta, ma timida, un po' goffa e priva d'enfasi.

Il *linguaggio* è più o meno semplice, talvolta incompleto per estese e gravi lacune. Mancano o vengono evitate le espressioni astratte, le parole erudite o raffinate, le metafore originali; e ciò servirà a distinguere l'imbecille dal demente, dal vesanico, dal maniaco, dal paranoico, che arrivano talvolta fino alla *preziosità*. Se anche deliri in epidemia, l'imbecille non usa mai neologismi propri; e quando professa un delirio collettivo, si vergogna di usare i neologismi endemici della collettività delirante. Dal punto di vista formale, si ha talvolta l'assoluto agram-

asindetismo, ma più sovente una certa rilasciatezza di sintassi che corrisponde alla semplicità e all'imprecisione del pensiero. L'imbecille ha poca familiarità col modo soggiuntivo e da buon positivista, che non ama le ipotesi, nè i pensieri obliqui, parla sempre all'indicativo. Le sue proposizioni si susseguono col regime dell'eguaglianza, senza penetrarsi una nell'altra, di rado riunite per mezzo d'una modesta e monotona congiunzione o d'un avverbio (e *allora* . . . .), quasi mai subordinate. Lo stile è poco immaginoso e prevalentemente narrativo; gli imbecilli sono più epici che lirici. Ma i loro racconti sono brevi, semplici, piani, senza presentare con questo gran dovizia d'ordine, nè di chiarezza. Capaci di riferire bene o male i fatti di cui sono stati testimoni, sono del tutto inetti ad esprimere sentimenti anche per l'ottima ragione che non ne hanno. Le grandi sventure di famiglia, un fallo commesso, un perdono generoso, una gioia insperata traversano la loro anima senza suggerirle nè un'espressione tenera, nè una frase felice: il temperamento degli imbecilli è la negazione della poesia e sarebbe la negazione della favella se all'elaborazione verbale non fosse bastante l'intervento della memoria.

Anche la scrittura conserva il tipo puerile per quanto l'imbecille possa aver raggiunto un discreto livello d'istruzione. Di solito è macrografica, irregolare, semplice e ricorda il quaderno di scuola. Ma uno sforzo pedagogico può cambiarla e perfezionarla fino ai più alti vertici della calligrafia. Sarebbe temeraria la diagnosi d'imbecillità sul solo indizio della scrittura.

VARIETÀ CLINICHE.

L'imbecillità rappresenta una stazione terminale della degenerazione. Perciò, oltre alle manifestazioni sue proprie, essa racchiude più o meno svaporati nella vacuità dell'intelligenza i segni caratteristici di altre psicopatie, soprattutto di altri stati degenerativi che hanno un'esistenza autonoma e che richiederebbero, per assumere una certa appariscenza, uno sviluppo intellettuale meno meschino. Gli imbecilli hanno una vera predisposizione alla melancolia, alla mania, alla demenza precoce; diventano facilmente alcoolisti; e sono spesso immorali per costituzione o paranoici.

Gli attacchi di melancolia e di mania lasciano scoprire, anche ignorando l'anamnesi, il fondo costituzionale d'imbecillità e si contraddistinguono per la loro brevità. Talvolta, come abbiamo detto, si svolgono in pochi giorni, in una settimana; e salvo questa particolarità, tendono a ripetersi come nelle personalità complete. Spesso la melancolia decorre e guarisce senza che l'imbecille si accorga della malattia sofferta, nemmeno quando ha ricuperato la poca lucidezza di cui dispone. Ciò avviene a

maggior ragione per la mania che è mal ricordata e a stento riconosciuta dopo la guarigione anche dagli individui d'intelligenza robusta.

Non è dimostrato in che modo l'imbecillità predisponga alla melanconia e alla mania. Se da un lato questa predisposizione è innegabile per la frequenza con cui gli accessi di psicopatia affettiva si verificano negli imbecilli (e non nei cerebropatici), dall'altro lato la brevità degli accessi negli imbecilli di nascita e la loro assenza negli idioti cerebropatici, che sembrano addirittura refrattari, induce a credere che un certo grado di deficienza mentale costituisca un preservativo. Forse la povertà d'idee toglie materia prima all'alterazione affettiva, che si esaurisce quando non sia alimentata da elementi rappresentativi. Si capisce *a priori* che vi debba essere incompatibilità tra uno stato affettivo, qualunque sia, e il totale anideismo, ed è ovvio che melanconia e mania non siano nemmeno possibili nei lattanti, eccezionali nei bambini, fiacche e di volo breve nei deficienti, per quanto predisposti. Infatti non dobbiamo dimenticare che la causa probabile delle psicopatie affettive è da cercarsi non tanto in una predisposizione strettamente psichica quanto in una diatesi organica che non ha rapporti con la struttura dell'intelligenza. Questa circostanza ci permette di ritenere che gli imbecilli possano al pari e più degli individui intelligenti cadere in mania o in melanconia; ma che nello stesso tempo abbiano in sè una maggior tendenza (questa di natura psichica) alla sollecita guarigione.

Molto più intime sono le associazioni che l'imbecillità contrae stabilmente da una parte con l'immoralità costituzionale, dall'altra con la paranoia. Abbiamo detto che i germi di queste anomalie difficilmente si disgiungono dalla imbecillità di lieve grado, anzi talvolta la loro coesistenza è così fondamentale, che si può senz'altro parlare d'una anomalia doppia e simultanea. Si conoscono anche casi d'anomalia triplice: immoralità, paranoia, imbecillità riunite nella stessa persona. Naturalmente in casi simili è l'imbecillità che prevale perchè influisce sulle altre anomalie ed ha caratteri di maggiore evidenza sopratutto agli occhi di chi non conosce medicina. Queste complicazioni non si verificano mai nei cerebropatici, che si dimostrano docili, modesti, retti nei loro giudizi quando godono d'una discreta intelligenza; e più amorali che immorali, più deficienti che deliranti quando sono del tutto idioti.

Imbecillità semplice di lieve grado, irrequietezza, prodigalità. — Federico (lo chiameremo così) è un giovane allegro, stordito, di ricca famiglia patrizia che ebbe persino il suo storiografo. Figura esile, da adolescente, ma salute d'acciaio; lineamenti regolari; espressione vivace, ilare, insinuante, ma fatua; nessun segno di degenerazione somatica; ai suoi tempi fu un bambino biondo, gentile e ammirato. Nell'ascendenza di Federico si contano esempi leggendari d'eccentricità, di dissipazione, d'irrequietezza.

di pazzia, specialmente a carico del ramo materno. Non ne va immune il ramo paterno, meno compromesso. La nonna paterna, scozzese, di nobilissimo lignaggio, era eccentrica; un figlio di lei, zio di Federico, fu ospite di tre manicomi e morì suicida; un altro figlio fu il padre di Federico, morto giovane e dedito ad uno *sport* smoderato. La madre di Federico è morfinista e sdrucciolò fino alla cleptomania; fu anche interdetta. Il padre di lei fu un gentiluomo amabile che divorò in pochi anni un patrimonio di 7 milioni e morì sulla paglia, separato dalla moglie, lasciandone intatti gli averi. Quest'ultima è l'ava materna di Federico e discende da una stirpe valida e fiera che dominò a sbalzi per due secoli una bella e storica città della Toscana contesa dalle fazioni.

In questa stirpe serpeggiarono le anomalie mentali, ma sotto forme piuttosto miti e senza grande continuità; i colpiti sono ben pochi in paragone dei risparmiati, come sempre avviene, checchè ne dicano i Geremia della degenerazione. Un remotissimo antenato di Federico, nel seicento, si gettò in un pozzo e vi morì dopo aver vissuto in odore d'eresia, benchè fosse ecclesiastico; era accademico della Crusca e sorvegliato da un frate perchè affetto da *frenesia* (melanconia?). Un altro antenato meno remoto ne fece di tutti i colori, era prepotente, bisbetico, strano; viveva al bando nelle sue terre per rescritto del Granduca; e un giorno per non contravvenire al bando si fece condurre a Palazzo Pitti, residenza del sovrano, sopra un carro cosparso di terra tolta dai suoi poderi, donde colmò d'improperi il Granduca; fu ritenuto pazzo e internato per qualche mese nel Mastio di Volterra, la Bastiglia della Toscana; ma tornò a casa e morì, dice lo storiografo della famiglia, inviso agli altri ed ai suoi. La moglie di costui era spagnuola, di famiglia principesca e morì pazza; il fratello di lei era imbecille e si spense in Francia dove l'avevano costretto a sposare per forza un'avventuriera; il suo testamento fu annullato per vizio mentale dopo una causa che durò più di trent'anni. Da questa coppia italo-spagnuola di proavi nacquero due figli di mente sana, che morirono apoplettici verso i sessant'anni, una figlia che divenne pazza, e in terza generazione il bisavolo di Federico, normale, munifico, morto a 89 anni. La nonna, sua figlia, già ricordata, ebbe un fratello, prozio di Federico, che vive in America: tardivo, leggero, privo d'istruzione, d'ingegno e di volontà, ormai in piena demenza, abbandonò a Firenze la moglie e, lei vivente, riuscì a sposarne un'altra, americana, in legittime nozze avendo potuto proclamarsi vedovo d'una terza con cui aveva vissuto maritalmente nel frattempo. Un fratello di Federico, più giovane e più intelligente, si è messo sulla strada della prodigalità in modo da impensierire.

Orfano di padre ad 8 anni, in possesso d'una grossa fortuna, Federico fu educato con ogni diligenza; ma la sua mente era refrattaria allo studio, soggetta a tutte le distrazioni, orientata in modo esclusivo verso i godimenti più volgari. Non ricorda una parola d'inglese, lingua che si parlava nella casa paterna e che aveva risonato alle sue orecchie fino agli 8 anni. Non sa il francese. È incapace di scrivere una lettera in italiano, salvo che per chiedere quattrini e per inviare felicitazioni banali. Ma da vari anni non si serve che del telegrafo e del telefono.

In un'occasione solenne, volendo ottenere il perdono d'una grave scappata, fece recapitare alla nonna una lettera dettata da un amico, e che fu subito riconosciuta per apocrifa allo stile insolitamente corretto; l'ingenuo errore di tattica fu ripetuto altre volte. Di suo non v'era che la scrittura: macrografica, asimmetrica, puerile. Federico non ha che una sola abilità, quella di montare a cavallo; ma è più temerario che destro. Un

giorno volle saltare a cavallo una cancellata, fu balzato di sella e il cavallo s'uccise. Un'altra volta s'addormentò col lume acceso e andò a rischio di bruciare, con le lenzuola che si incendiarono.

La temerità di Federico non è che l'espressione della sua spensieratezza: non deriva da coraggio, non da generosità, nè da desiderio di lode. Una volta salvò la vita non senza pericolo ad una donna matura che stava per affogare sulla spiaggia del mare e di cui si era invaghito, ma assai superficialmente: infatti se ne distolse poco dopo. La stessa spensieratezza si manifesta anche in un altro modo, cioè con la prodigalità. In un anno Federico disperse 50.000 lire senz'aver giocato, senz'aver acquistato stabili, divertendosi, ma quasi di nascosto e solitariamente in una piccola città di provincia, dove era soldato. Fu a stento che, con così poca istruzione, potè essere ammesso come volontario d'un anno in un reggimento di cavalleria. A furia di raccomandazioni riuscì persino a diventare ufficiale di complemento; ma per la sua condotta priva di serietà fu invitato a dimettersi. Si sperse ai funerali del Re Umberto e per dieci giorni non si ebbero sue notizie. Ben munito di denaro, vagò qua e là, non si seppe mai dove; e si temeva che fosse perito nello scontro ferroviario di Castel Giubileo.

Federico non possiede alcuna idea generale; non ha immaginazione; non si domanda affatto di che colore sarà l'avvenire che lo attende. Invano ha frequentato scuole e istituti, da cui veniva scacciato più per inettitudine che per indisciplina; invano è stato in pensione presso insegnanti di valore; invano è stato assistito in casa da precettori e maestri; invano ha vissuto nella società. La sua intelligenza non assimila che le nozioni pratiche e più indispensabili per condurre senz'alcun criterio la vita del gaudente, ma non per procurarsene i mezzi. Nell'acquisto di cavalli, automobili, vestiti, oggetti di lusso Federico è inesperto, ingenuo, impaziente ed imprudente. Non ha nessuna cura della sua roba: quand'era soldato e più tardi, da ufficiale, era trasandato, la sciabola ammaccata, l'uniforme in disordine. Quando viaggiava perdeva i bauli, dimenticava la biancheria negli alberghi, arrivava a casa senza danaro. Ogni tanto faceva vita in comune con ragazze facili, ma senza abbandonare lo sport. Ne sposò una all'improvviso, non domandò consiglio a nessuno e non partecipò il fatto compiuto. Il matrimonio avvenne dopo una brusca separazione che non gli aveva costato nemmeno una lagrima: e fu la più impetuosa, ma non l'ultima delle sue avventure.

Nelle avventure galanti Federico non ha mai spiegato iniziative: si è sempre comperato l'amore col portamonete alla mano. E se l'ha pagato caro, non è perchè lo valutasse molto, ma perchè a lui non importava di spendere: di solito ha dato ciò che gli chiedevano. In una traversata dell'Atlantico si appropriò alcune centinaia di lire, togliendole di tasca al precettore che l'accompagnava; e pare che ne avesse fatto dono a due passeggiere, una di prima e una di seconda classe, che corteggiava simultaneamente e che non rivide più allo sbarco. Aveva allora vent'anni: un'altra volta, diciassettenne, aveva preso in casa alcune reliquie di famiglia, cambiandole con altri oggetti preziosi. La sua indelicatezza si manifesta continuamente sotto una forma più mite, cioè con la bugia, che è per lui un metodo di vita ordinario.

Questo giovane così vuoto d'idee, così povero d'amor proprio, così debole di freni morali, non è malvagio: è dolce coi parenti, servizievole, cortese, non soffre d'invidia, non maltratta i domestici, non dispregia i consigli. Non si è mai ubbriacato e non è giocatore. Ma la sua affettività non gli impedisce di disobbedire ai consigli più amorevoli, di disertare la

famiglia, di amareggiarla coi suoi disordini. È docile ai rimproveri; ma come un animale mansueto e inintelligente, dimentica la lezione appena s'è allontanato il domatore. Attualmente vive sotto la signoria della moglie che non ama; l'ha fuggita due volte; e tuttavia non ha più riveduto un parente. Il denaro che gli resta gli viene somministrato a poco a poco per mezzo d'un amministratore stipendiato. Federico vegeta nell'ombra dopo aver vegetato, non vissuto, malgrado il bagliore del danaro profuso, gli altri 26 anni della sua esistenza oscura, insignificante e disutile.

Imbecillità semplice. — C. A., di 27 anni, barcaiolo, d'aspetto sano, con lineamenti regolari, è vivace, allegro, chiacchierone, tardo a capire, ma pronto a rispondere. Imparò a leggere le lettere maiuscole, contare la somma, non esercitò mai nessun mestiere. Contadino, si crede ricco e sdegna la bassa plebe. Non ha alcuna tendenza sessuale e non è onanista, benchè i suoi organi genitali siano normali. Si crede amato da tutte le donne (che lo canzonano), ma si vanta di respingerle con modi tutt'altro che galanti. Spesso picchiò ragazzi e donne che lo deridevano con facezie oscene. Si astiene dal praticare le chiese perchè ritiene che i preti, presso cui si confessava, non lo prendessero sul serio; ma ciò non diminuisce l'alto concetto che ha di sè stesso. Anche senza motivi è talvolta agitato, collerico, manesco; ordinariamente è docile e innocuo; ma in ogni modo è sempre euforico, lesto, energico e spensierato. Non si cura dei suoi parenti, ma li accoglie con festa se gli portano qualche regalo.

Imbecillità con talento parziale ed episodi di melancolia. — P. P., di 47 anni, figlio d'un valente architetto, ha un fratello squilibrato, versaiuolo, dissipatore, in istato di permanente ipomania. L'arresto dello sviluppo mentale fu in lui notato fin dalla prima infanzia; ma il suo aspetto fisico fu sempre florido e aitante. Imparò con grande fatica a leggere e a scrivere; eppure, ponendogli una data qualunque anche di parecchi anni addietro, sa dire all'improvviso in qual giorno cade della settimana. La sua pronuncia è infantile.

Il malato, che per solito è inerte e senza pensieri, soffre di lunghe crisi depressive, durante le quali manifesta idee deliranti, per esempio d'aver la bocca guasta, rotta, murata, e giunge sino alla sitofobia. Presentò anche fenomeni d'eccitamento a periodi poco prolungati con logorrea ed agitazione.

Imbecillità intellettuale e morale con accessi di mania e di violenza. — S. M., di 39 anni, ha cranio e faccia asimmetrici, l'orecchia sinistra è posteriore alla destra di un buon centimetro; del resto è sano e robusto; fece il servizio militare ed ha moglie (senza figli); nondimeno è imbecille. Sua madre è affetta da demenza cronica e fu ammessa tre volte al manicomio; la madre della madre fu pazza conclamata; il padre era un uomo avaro e brutale.

Il malato fu tre volte al manicomio per accessi fugaci e ricorrenti di mania; l'ultimo di tali accessi lo trascinò a una rissa terribile col proprio padre che rimase ucciso da un colpo di scure. S. M. errò alcune ore per la campagna, messo in carcere, fu rumoroso, logorroico, disordinato per vari giorni, e non mostrò alcuna depressione o pentimento.

L'intelligenza di quest'uomo, che in paese passava per normale, è così scarsa, che non sa fare una somma, non capisce la propria inferiorità, e dileguato l'accesso maniaco, invece di scusare il suo reato col momen-

taneo disordine della mente, accusa il proprio padre di severità e si compiace d'averlo punito.

L'infermo è vano e interpreta come uno scherzo la taccia che gli vien fatta d'imbecillità.

Nel periodo attuale di degenza al manicomio, vi fu un quarto accesso maniaco che si produsse senza causa nota e durò non più di tre giorni. Il malato era congesto nel viso, loquace, bestemmiatore, insonne, intollerante, e minacciava gli infermieri di morte. Ad accesso finito, ritorna in calma; scomparso il maniaco, resta l'imbecille con la sua insipienza, la sua spensieratezza e la sua vanità.

Fig. 128. — Callisto Grandi, uccisore di 4 bambini per mero proprio sfogo: imbecillità [illegible] paranoica [illegible] [illegible] alopecia congenita.

Imbecillità intellettuale e morale con costituzione paranoica. — Callisto Grandi di Incisa ha 45 anni, è piccolo, ma robusto, e presenta diverse anomalie: *piede torto* del piede destro e *alopecia congenita* e totale del capo, per cui non ha nè capelli, nè barba, nè sopracciglia (fig. 128). Il suo aspetto farebbe sospettare una forma frusta di mixedema congenito, ma il polso è normale, anzi frequente e arriva spesso a 80 battute. Callisto è un caso di *paradosso* per usare l'appropriata espressione di Brunet. Fatto zimbello dei ragazzi e degli sfaccendati, si vendicò uccidendo successivamente quattro bambini. Li attirava con astuzia in un sotterraneo, dove li schiacciava sotto una ruota da carro e li seppelliva, portando poi i loro vestiti vicino al fiume per far credere che vi fossero annegati. Subì 20 anni di lavori forzati. È abbastanza schifiltoso, ma analgesico.

Era un discreto operaio, ma incapace di discernere il male dal bene. Crede di possedere un grande ingegno, non sente alcun rimorso dei propri delitti, li considera come atti d'eroismo, e se ne compiace sorridendo in modo puerile. È sentenzioso, untuoso, ipocrita, religiosissimo; non ha alcun istinto sessuale e sente molto il pudore; ha fatto molti schizzi, che crede capolavori, raffiguranti l'ergastolo, i suoi omicidi e la sua glorificazione (fig. 129); ha scritto le sue memorie e si crede celebre, ammirato da tutti e degno di essere venerato come santo.

Nel 1896, scontati i vent'anni d'ergastolo all'isola della Capraia, Callisto Grandi fu trasferito al Manicomio di Firenze; nel suo paese si minacciava una sommossa se Callisto fosse ritornato. Qui è operoso, docile, innocuo, tanto più perchè nessuno pensa a mancargli di rispetto. Nel primo anno del suo soggiorno al Manicomio di San Salvi ammalò di polmonite con qualche allucinazione (?), ma con discreta lucidezza di mente. Credendosi prossimo a morire, scrisse solennemente il suo testamento morale; eccolo coi suoi errori di ortografia e di grammatica:

« Miei cittadini siete buoni e religiosi e ubbidienti e rispetto alla Chiesa romana e tutti i fedeli cristiani e viva tutti i fedeli Cristiani che credono

CAPITOLO XXVI.

I Manicomi

Cento anni fa il manicomio, benché fosse un'istituzione nuova e ispirata a un certo progresso, non aveva funzioni superiori a quelle d'un grandioso smaltitoio. La società vi abbandonava senza rimorso, ma anche senza amarezza e senza speranze, tutti quei disgraziati che con le loro stranezze compromettevano la quiete pubblica. Si cominciava dunque a scorgere nella pazzia qualche cosa di differente dalla perversità, e al pazzo veniva risparmiata la *via crucis* dei tribunali e della prigione: tuttavia i primi manicomi servirono come succursali delle carceri, e quello di Berlino non era che l'ultimo piano dell'edifizio carcerario. La resipiscenza sociale si affermava, sì, ma in modo incompleto. Da un lato la contrastava il persistente fanatismo dei pastori evangelici o dei preti cattolici, dall'altro la troncava a mezzo l'ignoranza dei laici, fermi nella persuasione che la pazzia fosse una specie di mostruosità e che non si potesse disciplinare se non con mezzi più o meno morali.

Il governo interno dei pazzi era monopolio di monache e frati, ai quali il dogma del *peccato originale* deve far sembrare un paradosso l'esistenza d'una malattia materiale capace di ferire l'anima intangibile e uno sproposito il regime della tolleranza. La tolleranza presuppone la necessità naturale delle manifestazioni psicopatiche e l'assimilazione sincera del pazzo a un malato innocente. Un sacerdote abbeverato di sapienza teologica non potrà mai capacitarsi che il pazzo sia assolutamente puro d'ogni colpa nell'estrinsecazione dei suoi atti e delle sue idee, se esistono milioni d'uomini che appena nati erano già responsabili della mala azione commessa nel paradiso terrestre da ignoti antenati. In Toscana vi furono due alienisti logici e coraggiosi, Carlo Livi e Francesco Bini, che rinunziarono alla direzione del manicomio e alla cattedra piuttosto di dividerne l'autorità con le monache.

Le conseguenze malaugurali dell'oscurantismo religioso, passando in eredità dalla tradizione giudaica al Cristianesimo, ebbero una sanzione scien-

tifica e, quel che è peggio, una sanzione pratica. Nei primi trent'anni del secolo XIX la Germania non possedeva che un solo libro di psichiatria, dove HEINROTH additava i pazzi all'ira del Signore come ribelli coscienti che avevano venduto l'anima al Diavolo. E nei vari manicomi d'Europa s'introduceva l'uso di castighi corporali e, più spesso ancora, una specie di psicoterapia non meno atroce a base di umiliazioni, di sorprese e di spaventi. I grandi dignitari della paralisi progressiva erano costretti a stare in ginocchio, bersaglio ai motteggi e alle ingiurie degli altri malati, finchè rinnegavano il loro delirio; il melancolico contrito e dolente si svegliava sotto un baldacchino di stracci pomposi con una corona di carta in testa, l'agitato spavaldo si vedeva circuito da infermieri in veste di furie, con maschere truculente e strepiti satanici. I malati erano sottomessi a lavori interminabili, automatici, opprimenti, di nessuna utilità, come quello di far girare una ruota, specialità incontestata di cavalli ciechi e di somari invalidi. Al manicomio di Firenze si conserva ancora come ricordo d'un'epoca tramontata, ma non remota, una specie di garetta girevole sopra un pernio: l'infermo debitamente legato girava con la garetta intorno al proprio asse verticale; e girando veniva frullato e calmato . . . fino all'incoscienza. Lo strumento si chiamava il *frullone*.

Le docce fredde, applicate all'improvviso e per intimidazione sopra malati impigriti e di tutt'altro bisognosi che di eccitamenti supplementari, sono l'ultimo residuo di questi metodi macabri, con cui medici rozzi e poco intelligenti, dimenticando la natura delle malattie mentali, s'illudevano di poterle reprimere pedagogicamente come si reprimono (bene o male) la pigrizia, la timidezza, i capricci o la noia.

Ma, prescindendo dai pregiudizi religiosi, che spesso sono soffocati in pratica dalle rivolte istintive del senso comune, vi erano i preconcetti clinici. Gli infermi di mente non erano trattati molto bene nemmeno dai medici, che al di là dell'anomalia, della deformità, della curiosità patologica intuivano, ma non decifravano la malattia. Non dobbiamo meravigliarcene: alla stessa maniera si guardano e si trattano oggi gli immorali di nascita e gli uranisti. La società può compatirli, ma non ha il dovere d'incomodarsi troppo per essi; e quando ha nutrito gli uni e perdonato agli altri, scansandoli, bisogna convenire che non le resta più niente da fare. Quanto all'alienista, ha esaurito il suo ufficio instituendo la diagnosi.

Questo punto di vista, che ora è un secolo valeva indistintamente per tutti i pazzi, fu sorpassato nei tempi presenti per la maggior parte di essi. Oggi si sa che i malati di mente possono guarire; che i buoni manicomi giovano non soltanto alla tranquillità sociale, ma anche al risa-

namento individuale di molti ricoverati; e che, se dal carcere è nato il rifugio, non conviene arrestarsi nel cammino, ma dar opera perchè dal rifugio si sviluppi a poco a poco l'ospedale. L'amenza, la melancolia, la mania, la pellagra, l'alcoolismo, il morfinismo sono malattie che, tranne in casi eccezionali, si dissipano a breve scadenza; le cerebropatie infantili, l'epilessia, l'isterismo, la nevrastenia si possono dominare, sia attenuandone i sintomi, sia diradando gli accessi, finchè l'infermità si modera o si riduce allo stato latente; la paralisi progressiva e le cerebropatie degli adulti sono, se non guaribili, curabili; le sole anomalie (imbecillità, paranoia, pazzia morale, perversione sessuale) resistono, è vero, ad ogni cura medica, ma qualche volta richiedono misure di sicurezza sociale che difficilmente, almeno per ora, si potrebbero attuare all'infuori dei manicomi. E non v'è malattia mentale che non s'avvantaggi dal mutar d'ambiente, dall'isolamento, dall'oblio delle cure domestiche; nè vi è malato povero che possa trovare un rifugio più adatto del manicomio ad un simile scopo.

Il manicomio, anche come puro rifugio, deve essere organizzato in modo, da eliminare anzitutto ogni pericolo. Ma non bisogna inasprire il malato con eccessi di difesa preventiva. La coercizione materiale provoca spesso per conto proprio una recrudescenza di quei pericoli che si vorrebbero appunto evitare, perchè mette i malati alla disperazione e li spinge alla fuga, alle violenze, al suicidio, malgrado le mura ciclopiche, le porte massiccie, le spranghe inquisitorie, le celle imbottite e gli altri congegni di tortura che costano tanto danaro. Al manicomio di Torino esistono da vent'anni certe gabbie di ferro che, sovrapposte ai letti degli epilettici come zanzariere, devono preservarli dalle cadute: è prevista anche la possibilità del volo perchè ogni gabbia è chiusa da tutte le parti ed ha il suo soffitto. Nei manicomi di Siena, di Palermo e di Torino è in vigore una pensata edilizia che sembra inspirata dalla stessa Musa. Le celle degli agitati sono distribuite lungo un semicerchio e s'aprono in modo che l'infermiere, stando immobile come un fachiro nel centro, può vedervi dentro e sorvegliare ciò che fanno i malati senza voltare gli occhi; ma, se si allontana dalla sua posizione strategica, non vede più nulla. Col frutto del capitale impiegato in soprappiù per questa disposizione architettonica si potrebbe salariare comodamente un altro infermiere. A Cagliari nel 1866 vi erano ancora dei pazzi incatenati a letto; e non fu senza grandissima fatica che il direttore del manicomio ottenne finalmente l'abolizione delle catene. Altrove, costruendosi qualche nuovo riparto, è data facoltà al direttore di scegliere, locale per locale, la tinta delle pareti, a cui nella filosofia tecnologica dei pubblici amministratori è assegnata un'importanza decisiva per la cura delle malattie mentali.

Nei manicomi moderni sono banditi gli artifizi carcerari e gli espedienti paurosi. A Mendrisio, ad Alt-Scherbitz e a Gheel vige il sistema delle porte aperte: *open door*. L'uso dei mezzi coercitivi è limitato ai pochi incoscienti che, se potessero, si mutilerebbero il corpo da un istante all'altro (e tuttavia non li salva dal suicidio (raro, ma possibile) per mezzo di morsi furibondi alla lingua. I bagni caldi e prolungati, la sorveglianza continua, oculata, silenziosa e benevola da parte d'infermieri numerosi, educati alla pazienza e ben pagati, la divisione svariata e studiata dei locali, la loro struttura interna e il loro arredamento appropriato sono i coefficienti che tenderanno a raggiungere questo primo intento: la calma. In Germania si usano i bagni a permanenza o *Dauerbäder* anche di notte, e i malati vi passano le ore insonni e agitate sotto l'azione calmante dell'acqua calda a 34° C., in un ampio locale vigilato, ciascuno nella sua tinozza, liberi di fascie e busti, in gruppi di otto o dieci individui. La calma proviene dal benessere e genera l'ordine.

EVOLUZIONE ULTERIORE DEI MANICOMI.

La calma è una condizione necessaria non solo all'ordine materiale, ma anche alla verificazione della malattia mentale e ad una cura ragionata. Essa è l'ultima parola del rifugio, la prima sillaba dell'ospedale. Che cosa si può capire di preciso, che cosa si può ordinare di utile in mezzo ad una calca di malati che gemono, supplicano, minacciano, ingiuriano, cantano, cercando di sopraffarsi l'un l'altro con la forza e con la voce per disputarsi il cibo o per raggiungere il medico, arbitro dei loro destini? Chi riescirà a distinguere un'amenza acutissima, che reclama la lavatura di stomaco o un lassativo urgente o un bagno generale o l'ipodermoclisi o un disinfettante per salvare con l'intelligenza la vita del malato, da una mania più o meno periodica che decorre invece senza pericolo di morte e con tutt'altri bisogni? Chi si avvedrà se fra cento infermi assortiti vi è da ventiquattr'ore un sitofobo di più, già esausto da processi precedenti e che abbisogna dell'alimentazione forzata per non morire di fame? Chi impedirà il martirio d'un melanconico insonne che si trovi in un dormitorio di quaranta o cinquanta ricoverati, se tra essi si sia infiltrato per sbaglio anche un solo clamoroso? E a che razza d'illazioni disperate non dovrà abbandonarsi il paranoico lucido quando vedrà le sue congetture di persecuzione realizzarsi in una prigionia autentica aggravata dalla promiscuità con pazzi d'ogni sorta, tra cui non mancano nè i sudici, nè gli agitati? E quale scuola sarà per l'imbecille, così facile alla suggestione, così pronto all'imitazione, la pre-

senza di dementi precoci, di maniaci, di isterici in preda ai più strani disordini di contegno?

Affinché il manicomio meriti veramente il nome d'ospedale, non basta la separazione dei tranquilli dagli irrequieti, dei puliti dai sudici, dei lucidi dai confusi, dei validi dagli infermi, degli adulti dai fanciulli. Non basta nemmeno la suddivisione ulteriore dei malati più sensibili o più pericolosi o più malandati in piccoli gruppi e persino a due a due o in camere individuali, almeno durante la notte. Questo perfezionamento tecnico, che è di grandissima utilità, è già raggiunto in parecchi manicomi stranieri ed anche italiani; ma un manicomio non si potrà mai parificare ad un ospedale, se non si accresce il numero dei medici per lo meno nella proporzione di uno ogni cento ammalati. Ora, salvo in piccolissimi asili che per cento o duecento malati non possono esimersi dall'assoldare un medico col suo supplente, questa proporzione non è che un ideale. Anche in Germania un medico di manicomio deve vigilare non di rado su 150 o 200 malati o magari di più.

Si può tollerare un simile stato di cose? Lasciamo stare la degradazione intellettuale a cui è condannato il medico, dovendo acconciarsi al puro ufficio della sorveglianza disciplinare; lasciamo da parte anche la difficoltà di arruolare medici colti e intelligenti per servizi così materiali; e analizziamo soltanto quello che avviene anche nel più igienico, nel meglio suddiviso e nel meglio governato dei manicomi fra 800 infermi assiduamente sorvegliati da non più di quattro medici. Ammesso che la responsabilità dei quattro medici sia di pari grado e ch'essi possano ripartirsi la sorveglianza dei malati in modo da non doverne assumere in cura più di 200 per ciascuno, ogni medico dedicherà ai suoi malati tre ore del mattino e tre ore del pomeriggio, cioè in tutto sei ore al giorno, pari a 360 minuti: e sarà una fatica sovrumana. Dio guardi se il medico indugiasse di più nelle sezioni del manicomio: il suo equilibrio nervoso, il suo prestigio sui malati, la sua lucidezza mentale sarebbero seriamente compromessi. Orbene, 360 minuti al giorno, date le distanze da percorrere e dato il tempo da consacrare all'ispezione generale dei locali, dei cibi e dei farmachi, non fanno un minuto e mezzo per malato. E in questo attimo di tempo il medico dovrà guardare, interrogare, attendere la risposta, farsi un concetto sintetico di ciò che ha osservato e dare, se occorre, gli ordini relativi. Come potrà scoprire, sopra un malato che non parla o che altera la verità o che la ignora, l'esistenza della febbre, dell'anuria, d'un soffio cardiaco, d'un edema localizzato, d'una ottusità toracica o d'altri gravi sintomi che annunziano, come uno sparo di cannone, l'arrivo della malattia intercorrente di cui il ricoverato morrà? Così avviene che si riscontrano ogni giorno al tavolo anatomico meningiti, nefriti, vizi di cuore,

carie ossee, polmoniti che i medici del manicomio non avevano neppur sospettato. Se sfuggono queste diagnosi grossolane, figuriamoci le altre.

Gli errori d'osservazione a cui si lasciavano trascinare i medici del manicomio, costretti a perlustrazioni sommarie in vasti e affollati locali senza la collaborazione d'infermieri istruiti, ebbero l'onore dell'ospitalità in monografie, libri e congressi scientifici. A questo modo nacquero le leggende dell'otoematoma distrofico come particolarità dei pazzi, della mancanza di febbre nelle loro malattie intercorrenti, della inevitabilità delle piaghe da decubito nella gran maggioranza dei malati che stanno a letto.

La deficienza del servizio sanitario e insieme lo sprezzo dell'igiene, la pessima alimentazione, la promiscuità dei cronici con gli acuti e forse coi sani arrivano a proporzioni incredibili in quei manicomi dove i pazzi poveri sono ceduti a impresari privati che cercano di spremerne il massimo lucro possibile. Nel Belgio il 71 % dei pazzi poveri ha ricovero in manicomi di speculazione, che non avrebbero nulla di riprovevole se accogliessero ospiti volontari ed anche pazzi, ma a spese e col beneplacito delle famiglie, perchè in questo caso la volontà dei malati o dei loro parenti può vegliare sul contratto e farne rispettare le condizioni. Questa vigilanza non è possibile a favore dei pazzi poveri che vengono internati per decreto dell'autorità giudiziaria o politica e che non hanno facoltà di scegliersi un manicomio più onesto. Gli appalti dei pazzi belgi sono assunti per la massima parte da frati, che pagano l'unico medico in ragione di 16 centesimi (in media) per *capo* e per *diem*. E non senza astuzia: un medico che abbia sotto le sue cure 1000 malati guadagna la somma non disprezzabile di 160 lire al giorno; e non ha nè il tempo, nè il modo, nè l'interesse di curare e di licenziare i suoi dozzinanti, perchè lo sfollamento del manicomio sarebbe per lui, non meno che per la confraternita, una diminuzione di guadagno.

In Italia il progetto di legge Rudinì, che il Senato aveva approvato nel 1898, prescriveva almeno un medico ogni 120 malati: ma pur troppo quel progetto completo, organico e veramente liberale, che rendeva obbligatorie le *colonie agricole* e conferiva al medico direttore l'autorità necessaria a difendersi dalle prepotenze delle Deputazioni provinciali, non fu convertito in legge. Abbiamo invece dal 1904 la legge Giolitti, tutta reticenze e ambiguità, che con poche ed aride disposizioni non mira se non allo scopo di soddisfare le diffidenze e le avarizie dei Consigli provinciali a cui è affidata la spesa e, nella massima parte dei manicomi, ahimè anche il governo dei pazzi. Non è neppure assicurato un numero sufficiente d'infermieri, mentre il progetto Rudinì assegnava la proporzione minima di almeno 1 infermiere ogni 10 ammalati. I direttori dei manicomi sono alla mercè delle amministrazioni.

Nella legge Giolitti non parla il ministro d'Italia, ma il consigliere provinciale di Cuneo; e la voce degli alienisti manca o non è avvertibile. L'unica cosa che vi è di buono è d'aver lasciato che la spesa di ricovero per tutti i pazzi della Provincia gravi integralmente sul bilancio provinciale. In Francia invece ogni Comune ha l'obbligo di contribuire al mantenimento dei pazzi innocui che gli appartengono; e questa ripartizione di spese, fondata sopra un criterio clinico estremamente incerto e variabile (uno stesso malato è innocuo o pericoloso secondo i momenti) mette a dura prova il medico-direttore del manicomio, che diventa l'arbitro delle competizioni amministrative tra l'autorità del Dipartimento e quelle dei singoli Comuni. Il progetto Rudinì, con maggiore precisione e semplicità, addossava al Comune il 20 % della spesa per ogni malato di sua pertinenza e per ogni giornata di spedalità, senza distinzione tra innocui e pericolosi; ma, se questa disposizione di legge fosse stata approvata dalla Camera dei deputati, è evidente che i Comuni avrebbero lesinato nelle domande d'ammissione per non lasciar corrodere i miseri bilanci appena sufficienti a sfamare il maestro di scuola, e i manicomi sarebbero rimasti semideserti.

OSTACOLI ALLA REGOLARE SPEDALIZZAZIONE DELLE MALATTIE MENTALI.

Restrizioni legali. — La partecipazione diretta delle amministrazioni comunali alle spese vive dei manicomi è un freno automatico che le classi dirigenti immaginarono per diminuire l'affluenza dei pazzi nei manicomi senz'averne l'aria; ma non è il solo. Dove non è adottato questo espediente di brevetto francese, se ne applicano altri non molto originali, ma assai appropriati allo scopo, che è quello di alleggerire il costo dei ricoverati diminuendone il numero. Il male è che la diminuzione, comunque si proponga, cade sempre sulle forme acute di pazzia che ritrarrebbero il massimo vantaggio dal ricovero in un asilo ben diretto e sulle forme attenuate che sono appunto le più disagevoli a curarsi fuori dai manicomi. In Inghilterra, la patria dell'*home rule*, si sono circondate le ammissioni nei pubblici manicomi di pastoie giuridiche che dovrebbero assicurare la libertà personale, rendendo impossibili i sequestri arbitrari, ma non hanno altro effetto che di precludere ai pazzi acuti il mezzo d'essere curati e studiati, perchè negli ospedali comuni non sono accettati a motivo della loro turbolenza, nei manicomi non possono entrare finchè non abbiano le loro carte. Così si respingono dal manicomio i malati più costosi e più ingombranti, ma nello stesso tempo quelli che avreb-

sero maggiori diritti alla pubblica assistenza e che d'altra parte vi farebbero un soggiorno più breve. Il manicomio, in luogo di diventare un ospedale, resta quello che era; un rifugio. I medici dei manicomi si sterilizzano la mente nel contatto con infermi cronici e nelle pratiche d'amministrazione. La coltura psichiatrica è ridotta allo stretto necessario e separata dalle sorgenti di studio a cui dovrebbe attingere per progredire. Salvo il laboratorio scientifico degli asili riuniti che sorge da pochi anni ad Edimburgo, si direbbe che la Gran Brettagna sia muta e che la psichiatria vi sia coltivata come istituzione filantropica, ma non come scienza.

In realtà le restrizioni legali con cui si impediscono improbabili abusi servono spesso a impedire o a ritardare, non senza gravissimo danno, l'isolamento di pazzi poveri, che nulla troveranno nelle loro case di ciò che sarebbe necessario alla guarigione. Eppure, i sequestri arbitrari non possono avvenire senza l'arrischiata e inverosimile complicità dei medici, che sono funzionari pubblici e che sconterebbero il loro reato con pene rovinose, se avessero la scelleraggine di commetterlo. In Germania KRAEPELIN non ricorda nemmeno un caso di questo genere, ed io non ne ricordo in Italia.

Eppure, la fantasia malata di legislatori che non sanno rappresentarsi il mondo se non come un immenso banco degli accusati si pasce di queste lontane possibilità e propugna cautele altrettanto inutili che ingombranti. La legge Giolitti esige (ed è giusto) che in ogni manicomio vi sia un compartimento d'osservazione per i nuovi ammessi, ed ecco i funzionari zelanti delle pubbliche amministrazioni a imporre che questi nuovi ammessi, non ancora ufficialmente presunti per pazzi, siano rigorosamente separati dagli altri per non contaminarsi alla loro vista. E perchè mai? Forse che gli individui inviati al manicomio dall'autorità o dai medici esterni non sono mai pazzi? Forse che i medici del manicomio possono trattenerli indebitamente quando fossero o apparissero del tutto sani di mente? Forse che i nuovi ammessi diventano pazzi soltanto nel giorno in cui arriva (provocato del resto dal medico del manicomio) il decreto che li aggrega stabilmente al manicomio? Forse che, evitando il contatto coi ricoverati di data più antica, i nuovi ammessi non si trovano riuniti nel compartimento d'osservazione accanto ai loro contemporanei d'ammissione, cioè a pazzi di tutte le sorta e non meno impressionanti degli altri? Dacchè a Firenze esiste l'Istituto di osservazione, io non vi ho mai veduto su parecchie migliaia di entrati nemmeno uno che fosse stato internato in mala fede. Prima che s'aprisse l'Istituto d'osservazione, un tale aveva ingannato il medico esterno denunziandogli una lettera della propria sorella che manifestava propositi di suicidio; ma la

sorella l'aveva scritta otto anni prima in un accesso di melancolia di cui era guarita, e la data della lettera era falsificata. Così gli riuscì di farla passare per recidiva, malgrado le sue proteste; ma l'inganno fu subito scoperto alla soglia del manicomio, la falsa pazza fu confortata e rimandata a casa nel più breve termine possibile, il reo arrestato, sottoposto a processo e condannato.

Falsa interpretazione delle statistiche. — Un mezzo più ingegnoso di sfollamento e in altre parole di economia per il pubblico erario, ma che non è attuabile senza il concorso degli alienisti, consiste nell'accarezzare il pregiudizio d'uno spaventoso e incalcolabile incremento a cui andrebbe incontro la pazzia per effetto della civiltà. Volendo rinforzarne l'effetto, si può invocare il *babau* della degenerazione che ha un profilo scientifico ed è sempre di moda. Il trucco è semplicissimo: se la pazzia cresce, se non possiamo nè reprimere, nè prevedere il suo incremento, se anzi esistono cause che lo rendono progressivo, bisogna prepararsi a trovare i surrogati del manicomio e a combattere la spedalizzazione della pazzia, perchè è evidente che i manicomi non si possono ampliare all'infinito e sarebbe esiziale, anche prescindendo dalla spesa, che tanta gente perdesse la propria libertà. Pare impossibile: ma tutti gli alienisti vi credono e quest'anno, dimenticando d'esserselo fabbricato con le proprie mani. Si direbbe che i loro clienti, gli alcoolisti, i pellagrosi, i cerebropatici, i melancolici, i maniaci, i paralitici, gli amenti, i paranoici, gli immorali, gli imbecilli, gli epilettici, gli isterici, i nevrastenici dei tempi moderni siano altrettanti pensatori impazziti nello studio indefesso dei problemi sociali e scientifici: un'altra teoria catastrofica nell'etiologia delle malattie mentali? Eppure, non v'è malattia mentale e forse non v'è malato di mente a cui si possa seriamente attribuire un simile determinismo morboso (v. cap. II). Le cause delle malattie mentali sono semplici e grossolane: intossicazioni, infezioni, discrasie acquisite ed ereditarie, traumi fisici, infermità della vita infantile, che la civiltà tende a riparare e a diradare, non a favorire. Non è per eccesso di civiltà che si abbrutiscono i Negri e si avvelenano con l'oppio i Cinesi; non è la civiltà che diffonde la sifilide, essa la insegue e la isola; non si devono alla civiltà, madre dell'igiene, le epidemie, le infezioni sporadiche, le crisi violente di miseria, l'abbandono dell'infanzia e gli altri fattori morbigeni che fanno strage appunto nei paesi meno inciviliti. La civiltà raffina la diagnosi del medico e acuisce la sensibilità del corpo sociale, stimolandolo a purgarsi degli elementi psicopatici; ma non fomenta la pazzia. È anzi facile persuadersi che deve avvenire precisamente il contrario.

La paralisi progressiva non è in aumento, quantunque i paralitici so-

provvedano alla malattia più lungamente d'una volta. L'amenza guarisce con una rapidità di cui la psichiatria antica non aveva sentore. La massima parte dei deficienti non è formata da imbecilli che debbano la loro sorte all'eredità, ma bensì da cerebropatici che ammalano nell'infanzia per incidenti fortuiti e in gran parte evitabili. Le malattie mentali colpiscono piuttosto i poveri, che rappresentano uno stadio di civiltà sorpassato, anzichè gli agiati che fruiscono interamente i vantaggi della civiltà presente e dànno la misura di ciò che saranno in avvenire le condizioni di vita per tutta la collettività. La pellagra non è davvero un prodotto dell'istruzione, del progresso agricolo, del commercio internazionale, della legislazione, ma potrà anzi esser vinta appunto con questi mezzi caso mai non dovesse crescere la prosperità delle popolazioni che si nutrono di mais avariato. L'epilessia non è una misteriosa e proteiforme manifestazione di eredità neuropatica, ma una malattia provocata da lesioni acquisite che la medicina mette in luce e si studia di padroneggiare. L'alcoolismo è la conseguenza di un vizio volontario, di cui sono tributari i disoccupati, gli ignoranti, i poveri e le persone costrette a mestieri incivili, duri, che tendono a scomparire o per lo meno a ingentilirsi.

Un uomo intelligente, colto e che non sia alle prese con la miseria può star tranquillo sul proprio avvenire mentale: avendo già superato lo scoglio della demenza precoce, che insorge per cause materiali e indipendenti dalla civiltà, evitando l'altro scoglio della sifilide o rendendolo innocuo con provvedimenti preventivi e successivi, premunendosi dall'arteriosclerosi della vecchiaia, e prescindendo dalle psicosi ereditarie di cui in ogni modo non avrebbe mai a ringraziare la civiltà, sarà sicuro di non impazzire o per lo meno di non impazzire nè per colpa propria, nè per colpa dell'epoca in cui vive. L'attività letteraria, scientifica, professionale e politica, quanto più è intellettuale, tanto meno predispone alle malattie dell'intelligenza: e poichè la civiltà rende ogni giorno più intellettuali anche i più umili mestieri, non è da essa che germineranno i nuovi fomenti della pazzia, nè la causa complessiva del suo incremento. La pazzia diminuirà; e i manicomi, raggiunta la fase della massima specializzazione, si sfolleranno. Essi tendono a liberarsi degli incurabili e a richiamare tutti i pazzi curabili, trasformandosi in ospedali; ma quando i malati di mente saranno scemati di numero perchè impareremo a prevenire le loro malattie o a combatterle con efficace sollecitudine, i manicomi, per quanto assorbenti, cesseranno di rigurgitare sotto il continuo incremento delle ammissioni, e le amministrazioni pubbliche potranno rivolgere ad altri scopi parte del danaro che consumano con rimpianto e mala grazia al mantenimento dei pazzi.

Questo rimpianto non è giustificato in Italia, dove la media dei ricove-

rati in confronto alla popolazione sana supera appena l'1 per mille, e solo nelle regioni più floride del nord e del centro raggiunge o sorpassa il 2 per mille. Il Belgio, la Svizzera, l'Inghilterra, la Germania deplorano o vantano (secondo il punto di vista) proporzioni ben più alte, fra il 3 e il 4 per mille. Dovremo concludere per questo che le nazioni più colte d'Europa sono esposte al flagello della pazzia tre volte di più dell'Italia? Nemmeno per sogno. Anzitutto il maggior numero di ricoverati non significa maggior numero di pazzi: almeno in parte non è che l'effetto d'una più sviluppata specializzazione, cioè d'un fatto inerente a un alto grado di civiltà. In secondo luogo, noi vediamo che anche in paesi di civiltà meno elevata, come sarebbe la Russia, se circostanze speciali favoriscono la specializzazione dei pazzi, il loro numero non risulta poi tanto piccolo; e infatti la Russia, malgrado l'abbandono in cui lascia provincie intere e popolate, conta 150,000 ricoverati per malattie mentali e 50,000 affidati alla custodia domestica.

L'unica causa provocatrice di pazzia che sia caratteristica dell'Europa settentrionale e che accenni a crescere, dando ragione ai pessimisti, è l'alcoolismo. La civiltà non è stata capace di reprimere questo vizio: ma è forse essa che l'ha inventato? L'abuso delle bevande alcooliche si manifesta piuttosto nei bassifondi dove la civiltà non è riescita a penetrare e nei periodi di transizione, fortunatamente brevi, che sono le sue malattie. Ma se la civiltà tende, come parrebbe, ad aumentare la ricchezza in tutti i ceti sociali e con la ricchezza i comodi della vita, l'igiene, l'istruzione, le distrazioni, la socievolezza e il senso della responsabilità, nessuno vorrà pensare che l'incremento di questi beni collettivi debba portare un incremento parallelo dell'alcoolismo. L'alcoolismo nasce dall'irritabilità nervosa, dalla debolezza organica, dai bisogni insoddisfatti e dalle imperfezioni dell'ambiente esterno: l'elevarsi dell'esistenza umana a forme di società più evolute non può esasperare, ma piuttosto correggere questi fattori d'alcoolismo, aumentando il benessere generale. E non si creda che il progredir dei tempi, permettendo di appagare i bisogni fondamentali e fino allora mal soddisfatti, promuova bisogni nuovi e più futili, per non dir capricciosi, ma altrettanto prepotenti e molesti. Ogni bisogno subiettivo è l'espressione d'una necessità obiettiva che preesisteva: le coscienze raffinate non inventano i reclami della cenestesi per darsi il gusto di soddisfarli, ma li avvertono con una precisione e con una sollecitudine che riesce utile all'economia dell'organismo. Godere è vivere: e chi vive squisitamente, intensamente, completamente, senza lasciar inoperosa alcuna funzione del corpo e dello spirito, provvede con saggezza anche alla propria salute. L'uomo intelligente, delicato e civile sentirà assai meno le gioie dell'alcool che la ripugnanza dell'alcoolismo,

perchè potrà valutarne gli effetti disgustosi con mille sussidi scientifici, estetici e morali che mancano agli esseri incolti.

Surrogati insidiosi. — Dove i manicomi raccolgono un contingente di malati eguale al 3 o al 4 per mille della popolazione totale si capisce che convenga, nell'interesse della popolazione che paga, porre un limite alle ammissioni e cercare un derivativo meno costoso. In quasi tutti gli Stati d'Europa comincia a diffondersi l'uso di affidare i pazzi tranquilli a famiglie che vivono in campagna e che ne assumono il mantenimento per modico prezzo. Di solito sono famiglie di infermieri che abitano nelle vicinanze del manicomio e a poca distanza gli uni dagli altri: così gli alienati vivono con gente pratica dei loro bisogni, longanime e soggetta ad una facile, continua ed efficace sorveglianza che viene esercitata dagli stessi medici del manicomio. Questa forma di custodia domestica, per la qualità degli individui che ne hanno l'incarico, per la topografia dei casolari in cui si svolge, e per la dipendenza dei tenutari dall'autorità del manicomio, non è che un'espansione del manicomio. I tenutari possono utilizzare sul proprio podere il lavoro del malato che hanno in custodia. Nel paese di Gheel non vi è un vero e proprio manicomio; ma tutte le case ospitano uno o due pazzi, e vi è un riparto chiuso sotto la diretta responsabilità di un medico, che vi cura i malati, isola gli irrequieti, rimanda al tenutario i migliorati e in pari tempo vigila su tutti gli altri che vivono semiliberi nel paese. Nel Belgio, dove i manicomi sono un inferno, la colonia di Gheel è una specie di paradiso.

Ma vi è il rovescio della medaglia. L'idillio campestre e la larva della maggior libertà coprono spesso un doppio compromesso: tra le amministrazioni e il pubblico da una parte, tra i medici e le amministrazioni dall'altra. Nella provincia di Firenze si pensa che, se negli altri paesi i malati sono ceduti ad estranei, a maggior ragione essi non possono essere rifiutati alle famiglie che ne facciano domanda, e per incoraggiare le domande si pagano premi mensili che vanno dalle 5 alle 15 lire. Così l'amministrazione provinciale risparmia le 45 lire che dovrebbe spendere se l'infermo rimanesse al manicomio; e vi sono circa 800 pazzi sparsi nel territorio d'una vasta provincia, senz'alcuna vigilanza, affidati a famiglie poverissime, che talvolta li sfruttano nel lavoro agricolo e tal'altra nella mendicità o in mestieri più bassi. È evidente che i pazzi così isolati non possono godere un trattamento parificabile a quello del manicomio, nemmeno se il misero peculio elargito a titolo di indennità per il loro mantenimento fosse integralmente consumato per questo scopo; ma è del pari evidente che novanta volte su cento anche quel poco va per forza maggiore a beneficio della famiglia oppressa dall'indigenza, e il malato

di mente non è che l'ostaggio per ottenerne la continuazione. Questo sistema è la degenerazione della custodia domestica; e tra i suoi maggiori inconvenienti ha quello di poter assumere un'estensione quasi illimitata, sottraendosi ad ogni sorveglianza.

Se la custodia domestica è tollerabile come istituzione complementare dei manicomi nei paesi dove la proporzione dei ricoverati arriva al 3 o al 4 per mille, non è plausibile dove una tal proporzione è appena dell'1 o del 2 per mille, perchè in questo caso essa si converte in un sostitutivo economico sì, ma peggiorato del manicomio. I pazzi più robusti e più attivi diventano servi non salariati di tenutari che non conoscono; ed emigrando dal manicomio dopo aver sofferto inutilmente il distacco dalla propria famiglia, lo privano delle braccia più valide. Sono essi, i cronici tranquilli, operosi, avvezzi ad una vita automatica, che formano il sistema muscolare del manicomio: strumenti d'ordine, di profitto economico e di emulazione salutare agli altri ammalati. Non conviene che la collettività perda a favore di pochi tenutari i vantaggi che derivano al manicomio dalla presenza di questi abitanti pacifici e soddisfatti. Quando è ben rappresentata la vecchia guardia dei cronici, l'atmosfera del manicomio è più respirabile e il suo bilancio è più ricco perchè dal lavoro dei ricoverati spuntano proventi insperati che diminuiscono le spese.

ASSESTAMENTO PRATICO.

Istituti d'osservazione. — È necessario che nei manicomi si provveda ad una selezione più razionale dei malati. I casi di psicosi acute debbono trovare un facile e pronto ricovero in appositi ospedali di cui saranno dotati tutti i capoluoghi di provincia. Questi ospedali delle psicosi acute non possono sorgere in campagna, perciò dovranno essere completamente autonomi se il manicomio è isolato e remoto. Ma, se il manicomio è un asilo urbano o suburbano, sarà bene che non se ne discostino ed anzi che costituiscano l'anticamera del manicomio, fondendosi con ciò che si chiama l'*Istituto d'osservazione*. L'Istituto d'osservazione, oltre ad accogliere i malati di psicosi acute, sarà la prima stazione di tutti gli altri, in modo che nessun infermo possa entrare nel manicomio propriamente detto, se prima non è passato per l'Istituto d'osservazione. La cura delle psicosi acute sarà dunque associata negli stessi locali allo studio preliminare di tutte le psicosi, comprese le croniche, perchè nei primordi della malattia mentale un cronico ha press'a poco gli stessi bisogni d'un acuto. Questa doppia funzione sanitaria non deve soffrire alcuna limitazione fiscale: essa potrà prolungarsi a volontà dei medici.

secondo l'opportunità del caso, ancorchè il malato possegga i requisiti per essere ammesso definitivamente al manicomio. Un ricoverato la cui pazzia non sia ancora specificamente definita od abbia carattere acuto non risentirà alcun danno dalla compagnia di pochi cronici, purchè i cronici non usurpino il suo posto nella cella o nel ristretto dormitorio o nel bagno a permanenza che sono indispensabili in un istituto di psicosi acute. Novecentonovantanove volte su mille i malati che entrano nell'Istituto d'osservazione sono pazzi al pari e più di quelli che ne escono per passare al manicomio dei cronici, perchè la pazzia non è determinata dalla firma d'un decreto giudiziario o prefettizio.

Gli istituti di questo genere possono diventare centri di coltura e di perfezionamento professionale, perchè le esigenze didattiche collimano esattamente con quelle d'un comparto d'osservazione. E infatti in Germania le cliniche delle malattie mentali sono per la massima parte tutt'una cosa con l'Istituto d'osservazione. Da esse si irradia con metodica continuità una produzione scientifica che altrove è in balìa dell'iniziativa individuale. Naturalmente, gli istituti clinici sono suddivisi e costruiti in maniera da corrispondere ai bisogni di tutte le psicopatie e specialmente delle acute; quanto all'insegnamento, esso non ha alcun bisogno particolare da soddisfare nell'interno delle infermerie. Basterà che l'Istituto d'osservazione possegga in qualunque caso tutto l'occorrente per le autopsie, per gli esami uroscopici, per le ricerche istologiche e per gli studi accademici, che non devono essere banditi nemmeno dai grandi manicomi dei cronici. Soltanto per economia si potrà concentrare nell'Istituto di osservazione tutto ciò che ha attinenza agli scopi scientifici, ognqualvolta l'Istituto di osservazione e il manicomio siano vicini e dipendano dalla stessa autorità medica od amministrativa.

Affinchè le cliniche siano utilizzate come istituti ospitalieri e servano di sollievo al manicomio, trattenendo nei propri locali tutti i malati che hanno bisogno di cura o di studio e quelli che al loro primo ingresso presentano pericolo prossimo di morte, bisogna ch'esse siano capaci di almeno 100 letti nelle piccole città e di 150 o 200 nelle grandi. Se le cliniche conterranno tutti i malati d'una categoria e i manicomi tutti quelli d'un'altra, ognuno dei due organismi acquisterà la libertà necessaria per perfezionarsi in conformità ai propri scopi distinti; l'uno nel senso dell'ospedale, con le ripartizioni e le peculiarità richieste per le malattie mentali; l'altro nel senso della colonia, con una organizzazione molto semplice ed economica del lavoro agricolo.

I manicomi di quest'ultima specie potranno svilupparsi anche in aperta campagna e lontano dai centri urbani; ma in tal caso sarà più che mai necessario che il capoluogo della provincia possieda almeno l'ab-

roso, ma anche il più frequente e quasi si direbbe il più naturale dell'età senile, specialmente nel proletariato. I vecchi apoplettici, sudici, smemorati, rimbambiti rappresentano il cento per mille degli abitanti addensati in un manicomio italiano, benchè la loro mortalità sia spaventosa: allontanarli dal manicomio e farne il contingente principale dei ricoveri sarebbe opera doppiamente utile per il benessere di questi infelici e per lo sfollamento dei manicomi. Se vi sono Provincie senza ricoveri, è il caso di crearli apposta pei dementi senili, che hanno titoli ben maggiori dei semplici mendicanti alla carità pubblica. Col tempo, tanto i dementi senili quanto i vecchi in genere potranno far a meno di manicomi e di ricoveri: ai loro bisogni straordinari ed ordinari è sperabile che basti la *pensione per la vecchiaia*, così provvidamente attuata in Germania e studiata in Francia per un'immediata attuazione.

Anche gli *immorali* sono fuori di posto in mezzo ai pazzi e ai dementi. Gli *immorali*, per la loro lucidezza e per la loro perfidia, costituiscono una minaccia perenne a malati ingenui ed inermi che avrebbero tutto il diritto di trovarsi al riparo da ogni insidia. Si lascino pure nei manicomi ordinari coloro che hanno commesso un così detto reato in istato di incoscienza e che quindi non sono nè delinquenti, nè immorali; ma si trattengano nei manicomi giudiziari gli immorali lucidi. Se i manicomi giudiziari sanno troppo di carcere, si riformino con criteri moderni; ma non è un gran male che la pena del carcere sia assaporata da costoro, dal momento che la sopportano i delinquenti comuni che valgono ben più di essi e meritano riguardi maggiori. Se gli immorali di nascita sono dichiarati irresponsabili, dobbiamo serbare i rigori della giustizia ai delinquenti di carattere onesto che hanno perpetrato il delitto in un momento d'oblio? Sarebbe una curiosa giustizia. Finchè esistono carceri e manicomi giudiziari, nessuno avrà tanti titoli per entrarvi quanto un immorale di razza.

Ma vi sono altri anomali a cui l'ambiente del manicomio riesce infruttuoso e umiliante: i *paranoici* puri e gli *imbecilli*. Ai paranoici con delirio di persecuzione ben precisato basterebbe intimare la relegazione in luoghi diversi e lontani da quelli a cui si riferisce il delirio. Agli imbecilli si vanno consacrando scuole e collegi dove, finchè non abbiano raggiunto l'età adulta, troveranno un trattamento ben più adeguato che non nei manicomi.

Insieme agli imbecilli o meglio negli *ospedali infantili* dovrebbero infine trovar ricetto gli *idioti cerebropatici*. Per quanto la loro deficienza intellettuale sia spesso completa o profonda, i cerebropatici non sono pericolosi nè violenti. Essi hanno bisogno d'assistenza, non di sorveglianza; di cura, non di repressione. Perciò non sono ospiti adatti di un manicomio, ma

si troverebbero a loro agio e non recherebbero alcun disturbo in un ospedale di bambini cronici.

Colonia agricola. — Il lavoro, specialmente all'aria libera o in locali ariosi e salubri, rallegra i malati di mente, li rende più calmi, più pazienti, più soddisfatti di sè stessi. A furia d'essere un coefficiente d'igiene e di calma, il lavoro diventa anche un mezzo di cura. Nei manicomi dov'è organizzato il lavoro la mortalità è più scarsa, la coercizione è ridotta ai minimi termini e le guarigioni sono più numerose; si innalzano gli animi dei malati, si raffina l'opera di chi li assiste, si nobilita la missione dello Stato, delle Provincie e dei Comuni che provvedono amministrativamente non solo alla loro custodia, ma anche alla loro rigenerazione. Perciò i buoni manicomi posseggono una *colonia agricola*; e alcuni manicomi urbani che non la possedevano si trasferirono fuori dell'abitato appunto per crearsela.

Per le esigenze del lavoro campestre si forma nei manicomi un nucleo di ricoverati tranquilli, dediti ad occupazioni utili e regolari, godenti d'una relativa libertà. Questo nucleo di lavoratori costituisce un'ottima e salutare compagnia pei convalescenti. Mentre i lavoratori convivono in una grande fattoria priva d'inferriate e di celle, le lavoratrici possono abitare un padiglione analogo e casalingo, dedicandosi ad occupazioni femminili. La doppia colonia richiederà un numero minimo d'infermieri che potranno contribuire con le proprie braccia al proficuo lavoro dei malati. Essa sarà anche il luogo di prova e forse la stazione di partenza per quegli infermi che, lavorino o no, non rassicurano ancora completamente sulla loro tranquillità. Nella colonia agricola si può adottare senza restrizioni e senza paura il regime delle porte aperte. Se pure con questo regime si verificherà qualche evasione di più, essa non costituirà un pericolo, nè un danno, ma avvalorerà agli occhi dei malati e del pubblico lo spirito liberale del manicomio.

La colonia dei lavoratori e delle lavoratrici dà un'intonazione di semplicità, di sobrietà, d'economia, che non è soltanto apparente, a tutto il manicomio. E quando i malati acuti si trovino riuniti nell'Istituto d'osservazione, sono i colonizzati che vengono a formare il gruppo più numeroso e caratteristico del manicomio propriamente detto. Alla fattoria dei lavoratori e al gran padiglione delle lavoratrici si devono aggiungere le due *infermerie* (una per uomini e l'altra per donne) con locali suddivisi per i pazzi cronici che soffrono di malattie intercorrenti, segnatamente febbrili, o che stanno a letto o s'alzano per poche ore. Occorre inoltre un padiglione per gli agitati di ciascun sesso con poche celle. Non è necessario che tutti gli epilettici siano riuniti in un comparto unico: il grado di lucidezza, la

I cittadini d'uno Stato, gli abitanti d'un Comune sono legati da mille interessi e animati da sentimenti complessi che, malgrado qualche divergenza di partito, collimano ad un ideale elevato e inspirano l'analisi, promuovono l'azione, permettono il progresso. Lo Stato è la patria, circonfusa di ricordi storici e letterari. Il Comune è un prolungamento del focolare domestico dolcemente rischiarato dalle intime ricordanze personali. La Provincia non è nulla: nè un recinto d'interessi naturali, coordinati e ben distinti, nè un'onda di sentimenti vivi, concordi e differenziati. La più intellettuale delle sue funzioni è quella di decretare ogni anno la data d'apertura della caccia; il più importante dei suoi uffici è quello di governare i manicomi senza vederli. Le popolazioni non seguono con alcuna curiosità le vicende della politica provinciale, e il quesito dei manicomi non è annoverato fra quelli di dominio pubblico. I giornali non ne parlano: e i rappresentanti dei partiti popolari si affannano piuttosto a cambiare il nome d'una strada che al pensiero dei proletari impazziti pei quali i pubblici manicomi stanno aperti. Da una vasta circoscrizione amministrativa, che fu creata per imitazione dei Dipartimenti francesi, non possono scaturire nè attività feconde, nè entusiasmi generali. Nel 1530 Francesco Ferruccio moriva alla battaglia di Gavinana per la sua Firenze; migliaia d'eroi si immolarono per Roma, per Parigi, per l'Italia, per la Francia, per la Germania, per la Svizzera, per la Grecia. Ma chi sarebbe così fanatico da esporsi nemmeno alla noia d'un raffreddore per la propria Provincia? Anche il Governo, che in Francia influisce sulle elezioni dei Consigli generali e vigila sulla loro azione politica per mezzo dei Prefetti, non è in Italia che l'indifferente servitore dei Consigli provinciali. Tutto è permesso alle oligarchie che vi spadroneggiano senz'alcuna vigilanza nè dall'alto, nè dal basso; e i Prefetti non intervengono a reprimere abusi e negligenze, se non ricevono ordini espliciti dal Ministro dell'Interno, che a sua volta si sveglia soltanto in rare occasioni, cioè quando un'oligarchia più potente lo fa partire in guerra contro l'Amministrazione d'una Provincia mal vista dalla maggioranza delle altre.

Ma vi sono parecchie Provincie che non posseggono un manicomio proprio. L'Amministrazione provinciale, dovendo ciononostante provvedere al ricovero dei pazzi, ricorre ad Asili su cui non esercita alcuna autorità e si limita alla funzione automatica di pagare le spese. La legge italiana, copiando alla lettera la francese del 1838, prevede e permette quest'abdicazione, che in sè stessa non è punto cattiva. Ma la permette in varie forme, tutte biasimevoli, tranne una sola, che per fortuna è applicata in varie Provincie e riesce infatti il miglior correttivo ai difetti dei manicomi provinciali.

È biasimevole, ma la nuova legge non osò condannarlo, l'espediente

interprovinciali sono più tenui, ma la lontananza dell'Asilo da tutte le Provincie tributarie, meno una, rende malagevole o pericoloso o impossibile il trasporto dei malati acuti e separa per sempre dalle loro famiglie i malati cronici. Si aggiunga che la vigilanza sempre pigra, spilorcia e inintelligente delle Amministrazioni provinciali diventa assolutamente nulla sopra questi manicomi lontani. La dipendenza da tanti padroni diversi e dispersi dà ai manicomi interprovinciali un'autonomia senza freno che li trasforma ben presto in case di speculazione. I pazzi, relegati a tanta distanza dal loro paese, dall'autorità che dovrebbe tutelarli e dai parenti che per la loro povertà non possono andare a visitarli, finiscono col trovarsi nelle condizioni di trovatelli al brefotrofio.

Qualche volta le Amministrazioni provinciali adottano questi miserevoli ripieghi in maniera parziale e tardiva. Non osando vendere il manicomio o affittarlo o rifiutare di costruirne uno nuovo, si ostinano a non ampliarlo quando la sua capacità risulta insufficiente, e preferiscono inviare altrove i malati in eccesso che vanno così ad ingrassare i bilanci di altre Amministrazioni. Ora, la popolazione d'un manicomio, come la tiratura d'un giornale, costa tanto meno (per ogni ricoverato) quanto più cresce, perchè l'aumento delle persone non conduce ad altro aumento di spesa che a quello del vitto e del vestiario, come l'aumento delle copie da stampare non implica che la spesa della carta. Le Provincie che disseminano fuori dal proprio territorio un certo numero di malati rinunziano ad un beninteso risparmio e si spogliano d'una responsabilità che, per quanto poco sentita, potrebbe influire beneficamente sulle condizioni del manicomio.

L'esperienza dimostra che i manicomi provinciali, se sono talvolta costruiti con lusso di spazio o d'architettura, non godono nè di una buona amministrazione, nè di alcuna attitudine a migliorare, ad ampliarsi, a progredire. Invece è provato che questi pregi si verificano nei manicomi autonomi, purchè abbiano il carattere d'Istituti pubblici e siano come tali soggetti alla legge delle Opere pie. Ma affinchè non degenerino anch'essi in aziende industriali, la legge attuale non basta. Bisogna che il manicomio autonomo sia richiamato permanentemente ai propri scopi di beneficenza e al retto trattamento dei malati da alcune circostanze estrinseche che si possono facilmente realizzare. 1.° il manicomio autonomo deve aver sede nel capoluogo della Provincia di cui ospiterà i malati o nelle sue vicinanze; 2.° esso non deve accogliere altri malati che quelli della Provincia in cui risiede. A questo modo l'Amministrazione sempre elettiva del manicomio autonomo dipenderà per la massima parte dal Consiglio comunale del Capoluogo, anzichè dalla Provincia, cioè da un'assemblea urbana, aperta all'influenza della pubblica opinione, affezionata ad un Istituto che vive tra le sue mura ed è suo, capace di vigilarlo senza comprimerne la li-

bertà, la forza espansiva e il progresso. Tutti i manicomi d'Italia che si trovano in eguali condizioni progrediscono dal punto di vista sanitario e prosperano dal punto di vista economico. L'Amministrazione autonoma del manicomio trova un freno alle riforme intempestive nella necessità di chiudere il suo bilancio annuale senza *deficit*; ma in pari tempo riceve stimoli incessanti al perfezionamento tecnico delle istituzioni ospedaliere dal contatto continuo coi medici, coi famigliari dei malati, con l'Autorità provinciale a cui presta i suoi servigi, col Comune che l'ha nominata e che è il proprietario reale dell'Istituto, con l'opinione pubblica che è sempre desta intorno agli interessi comunali.

Solo un'Amministrazione pubblica che si occupi esclusivamente del manicomio, sorretta dalla simpatia e animata dalla vigilanza d'una popolazione colta e compatta, avrà il modo, il tempo e lo stimolo ad agire, conciliando la floridezza del bilancio col progresso dell'Istituto. Quest'obiettivo richiede un'organizzazione complicata e una serie d'iniziative quotidiane che non sono nemmeno pensabili senza l'accentramento dell'autorità tecnica e disciplinare nelle mani dei medici. I buoni manicomi danno un largo sviluppo non solo alle colonie agricole, ma anche ad alcune industrie complementari che, giovando all'economia interna, rendono più operosa, più svariata, più piacevole e più dignitosa la vita dei ricoverati promossi al grado di utili collaboratori. Ma la collaborazione dei malati alle industrie interne del manicomio dev'esser promossa, interrotta, ripresa e moderata di giorno in giorno con criteri puramente sanitari: le Amministrazioni non debbono ingerirsene, ma limitarsi a cavarne profitto con discrezione e seguendo la massima che a caval donato non si guarda in bocca.

In Italia non mancano esempi di fattorie, stalle, panifici, pastifici, calzolerie, fabbriche di maglie ed altre industrie che si svolgono nella cerchia d'un manicomio con vantaggio dell'Amministrazione e con diletto dei malati. Molti manicomi accolgono anche pensionanti agiati, da cui traggono un guadagno modesto e accumulabile a incremento dell'Istituto. La presenza degli agiati giova alla classe dei poveri che sono riuniti accanto a loro perchè obbliga l'Amministrazione ad elevare il tenor di vita generale pur di evitare contrasti troppo stridenti. D'altra parte la presenza dei poveri in locali vicini e dipendenti dalla stessa Amministrazione giova indirettamente agli agiati che, malgrado il loro numero assai più esiguo, possono partecipare ai vantaggi d'una grande comunità.

Sebbene queste riforme siano sane e in gran parte già attuate e non presentino nulla di contrario agli interessi materiali e morali dei corpi elettivi che governano i manicomi, esse non possono applicarsi in modo costante, coerente e completo, se non quando e dove i medici alienisti

sono investiti della necessaria autorità. Ora è vano attendere un'azione efficace da parte d'impiegati subalterni, la cui nomina è abbandonata al capriccio delle Amministrazioni, la cui parola è severamente vietata nel seno dei Consigli provinciali, le cui idee sono ignorate dal pubblico, i cui reclami contro l'Amministrazione si arrestano senza risposta nei meandri del Governo centrale.

Per conferire ai medici del manicomio la necessaria indipendenza, bisogna sottrarre all'arbitrio dei Consigli provinciali e tanto più delle Deputazioni la loro nomina. Le nomine di tutti i medici debbono avvenire per concorso; le Commissioni giudicatrici devono essere formate d'alienisti eletti annualmente coi voti dei medici addetti a tutti i manicomi pubblici d'Italia, e il verdetto della Commissione dev'essere inappellabile. All'alienista si aprirebbe così una carriera non provinciale o comunale, ma nazionale, come negli impieghi dello Stato. Questa nazionalizzazione della carriera permetterebbe una larga e illuminata scelta dei medici più colti, una serie di rapide promozioni con eventuale cambiamento di residenza (se il promosso l'accetta), l'equiparazione degli stipendi nei vari gradi, la riversibilità delle pensioni da un bilancio provinciale all'altro, e l'emancipazione dei medici dalla tirannia, per non dire dai ricatti, dell'autorità amministrativa. Oggi invece le nomine non avvengono quasi mai per concorso; se si bandisce il concorso, è l'Amministrazione che chiama commissari noti per la loro transigenza; e alla più disperata non si tiene alcun conto del loro giudizio. Così le Provincie possono, se vogliono, allevarsi una razza di alienisti docili e illetterati, dai cui progetti non avverrà mai che siano disturbate nella loro burocratica immobilità.

Concludendo, la carriera degli alienisti dev'essere nazionale; l'amministrazione dei manicomi dovrebbe essere autonoma, ma pubblica e possibilmente sotto l'egida di grandi Comuni urbani, come avviene anche adesso in molti manicomi d'Italia che costituiscono Opere pie di beneficenza ed hanno sede nel Capoluogo della Provincia; quanto al mantenimento dei pazzi, è bene che continui a gravare sui bilanci provinciali, almeno finchè esisteranno le Provincie. Che le Provincie siano escluse dall'amministrazione dei manicomi, ma paghino: è la sola cosa che sanno fare. E d'altra parte esse sono divise in modo, che sembrano create apposta per albergare ciascuna un manicomio: s'intende un manicomio abbastanza popolato per consentire un'amministrazione economica, e abbastanza centrale per non riuscire scomodo agli abitanti più lontani. Infatti l'Italia è divisa in 69 Provincie con una popolazione media di 500,000 abitanti ciascuna: si dovrebbero dunque contare 69 manicomi e, in ragione di 2 pazzi per ogni 1000 abitanti, 69,000 ricoverati, cioè 1000 in media per

ciascun manicomio. Libere naturalmente le Provincie più popolose (ve ne sono 5 con 1 milione o più d'abitanti) di accentrare i propri alienati in un manicomio più vasto o di dividerli in due manicomi, se il territorio presenta difficoltà di comunicazioni.

Tenendo calcolo di tutto questo, è sperabile che cessi l'antagonismo tuttora così vivo tra le Amministrazioni pubbliche, che vorrebbero lo statu quo o il regresso o la liquidazione dei manicomi, e gli alienisti coscienziosi che ne propugnano il progresso con vigore di propositi, ma con povertà di forze. Il trionfo sicuro di queste forze nascenti opererà la trasformazione completa dei manicomi in ospedali, degli alienisti in medici, della psichiatria in scienza clinica.